Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 stycznia 1880. **№ 4.** **Rok XIX.**

I. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Poznawszy przyrządy obecnie do badania cewki używane, powiedzieć należy kilka słów o ułożeniu badanego i o koniecznych przygotowaniach potrzebnych do badania. Ułożenie pacyjenta i pozycyja badającego powinny być o ile możności wygodne, a tym dwom warunkom łatwo można zadość uczynić. Najswobodniéj jest ułożyć pacyjenta na krześle na to przeznaczoném, które zbliżone jest kształtem do krzesła używanego dla kobiet przy badaniach ginekologicznych. W braku krzesła można badać, umieszczając pacyjenta na stole lub jakimkolwiek innym przedmiocie. Przy badaniu części cewki za spojeniem kości łonowych się znajdującéj powinien leżeć pacyjent na saméj krawędzi krzesła i to z podniesionym krzyżem i odciągniętemi udami; badając część prącia wiszącą nie potrzeba podnosić krzyża, tylko odciągnąć uda zgięte w stawie kolanowym. Pomiędzy nogami chorego siedzi badający, którego twarz powinna się znajdować w równéj wysokości z badanemi częściami chorego. Posługując się sztuczném światlem ustawiamy takowe z boku pacyjenta i nieco po za nim i tak, ażeby światło na równéj wysokości z częściami rodnemi się znajdowało. Pomazawszy tłuszczem lub oliwą endoskop, przytrzymujemy prącie za żołądź lewą ręką tak, aby szparę podłużną ujścia zamienić w poprzeczną, a uciskając palcem wskazującym ręki prawéj konduktor, wsuwamy do cewki endoskop, utrzymywany między pierwszym a trzecim palcem ręki prawéj. Uciskanie konduktora jest niezbędne, albowiem przez usunięcie się onego możnaby zranić ściany cewki. Obojętną jest rzeczą, w jakiém ułożeniu znajduje się prącie w chwili wkładania endoskopu, który mniéj więcéj horyzontalnie powinien być utrzymany w chwili, gdy wnętrze endoskopu oświetlić mamy. Dla utrzymania endoskopu w cewce dobrze jest okręcić prącie około osi podłużnéj, przez co utrudnia się jego wysunięcie. Przy sztucznem świetle używamy reflektorów wklęsłych do oświetlenia cewki, które trzymamy w ręku, albo co znacznie bywa wygodniéj, zakładamy na czoło i przymocowujemy opaskę. Używając do badania słońca, posługujemy się zwierciadłami płaskiemi, skierowawszy światło na rękojeść konduktora wyciągamy takowy, a jeśli światło dokładnie przez sam środek endoskopu przechodzi, czyli innemi słowy, jeśli odbite promienie są równoległe do ścian endoskopu, natenczas obaczymy ścianę cewki. Wprowadzanie endoskopu nie przedstawia znacznych trudności, a postępujemy przy tém jak przy wprowadzaniu prostego cewnika. Trzymając prącie pionowo do wzgórka łonowego wsuwamy endoskop wraz z konduktorem, lekko przyrząd uciskając aż do tego miejsca, gdzie opór uczuwamy; tém miejscem bywa część cewki, którą tworzy zagłębienie tylnéj ściany w saméj opuszce. Bardzo rzadko natrafiamy na opór już w samém ujściu cewki, względnie w dołku czółenkowatym, gdy grubość przyrządu zastósowaliśmy do szerokości cewki, a rzadko stawia przeszkody więzadło trójkątne okalające błoniaste części cewki. Pomijam przypadki zgrubień i zwężeń cewki, a mam na myśli cewkę prawidłową. Aby zwyciężyć opór stawiany przez zagłębienie w opuszce, pochylamy zwolna endoskop równocześnie wciskając lekko ku cewce cały przyrząd. Przy tém powolném pochylaniu zazwyczaj opór ustaje, a endoskop posuwa się w głąb cewki. Nie można oznaczyć, jak silnie pochylać należy endoskop dla wprowadzenia do głębokich części, albowiem to zależy od każdego przypadku danego i podczas gdy niekiedy bardzo nieznacznem pochyleniem zwyciężamy opór, innym razem nawet bardzo znaczne pochylenie nie wystarcza. Jeżeli pochylenie jest tak znaczne, że z pierwotném ułożeniem pionowém prącia tworzy kąt 110°, a mimo to endoskopu nie udało się wprowadzić, nie powinno się usiłować wprowadzić go przemocą, gdy zaś kilkakrotne usiłowania nie osiągnęły celu, należy odłożyć zbadanie chorego do dnia lub dni następnych. Najboleśniejszym aktem przy wprowadzaniu endoskopu jest przechylanie i wsuwanie do głębokich części, ale z góry zaraz uprzedzam, że ono bynajmniéj

nie jest tak bolesne, aby go nawet najdrażliwsi chorzy nie znosili, jeżeli to powoli i oględnie wykonywamy. Ból zresztą zależy także od umiejscowienia się choroby, a gdy jéj siedzibą jest część opuszkowa lub błoniasta cewki, wprowadzenie endoskopu będzie najboleśniejsze w chwili przesuwania się jego po schorzałéj części.

Po wprowadzeniu endoskopu i dokładném oświetleniu jego wnętrza musimy oczyścić pole widzenia, które często zasłaniają wydzieliny chorobowe, jak śluz lub ropa, lub sztuczne, jak tłuszcz użyty do pomazywania lub wreszcie krew. Oczyszczamy pole widzenia tamponikiem z waty najlepiéj oczyszczonéj, jak np. waty Brunsa, które to tamponiki wprowadzamy za pośrednictwem przyrządu wyżéj opisanego, a służącego do przytrzymywania waty. Używając aparatu endoskopijnego rozłożonego, łatwo oczyścić pole widzenia, trudniéj posługując się endoskopem Desormeauxa, u którego zawsze jest szpara, przez którą tampony wsuwamy.

Wprowadzając krótkie endoskopy, służące do zbadania części gąbczastéj i opuszkowéj, nie potrzebujemy pochylać przyrządu, którego krótkość uniemożliwia wprowadzenie do głębokich części cewki. Wprawdzie pochylamy krótkie endoskopy, ale w innym celu, a mianowicie, aby dokładnie oświetlić ich wnętrze i zbadać cewkę przy horyzontalném ułożeniu. To samo, co powiedziano o wprowadzaniu endoskopu prostego z konduktorem, dotyczy także wprowadzania innych prostych endoskopów, jako to: oszklonego i z zwierciadłem, o wprowadzaniu zaś endoskopów zakrzywionych nie wspominam, bo ono nie różni się od używania sond i kateterów zakrzywionych. Poprzednio wspomniałem, że prosty endoskop z konduktorem wystarcza do badań wszystkich części cewki z wyjątkiem głębszéj części przyprątnéj, i ma najobszerniejsze zastósowanie. Endoskopy proste oszklone służą do badania części przyprątnéj i pęcherza i rzadko ich używamy; zupełnie zaś zbyteczne wydają mi się endoskopy zakrzywione, których użycie jest bardzo ograniczone, a rezultaty badania wcale nieznacznéj doniosłości. To więc co w dalszym ciągu mówić będę, tyczy się tylko endoskopu prostego i prostego oszklonego.

Zanim poznamy cewkę chorobowo zmienioną, musimy dokładnie poznać jéj budowę w stanie prawidłowym. Dla osiągnięcia tego celu może nie będzie od rzeczy przypomnieć anatomiję cewki. Tworzy ona jak wiadomo mniéj więcéj około 18 cm. długą rurę, któréj obwód bywa bardzo rozmaity i przez rozszerzenie łatwo powiększyć się daje. Ogólnie dzielimy cewkę na trzy części, a mianowicie część gąbczastą 12—13 cm. długą, błoniastą około 3 cm. i przyprątną również około 3 cm. długą, dla naszego jednak użytku podział na cztery części będzie właściwszym, który otrzymujemy przez podzielenie części wiszącéj prącia na gąbczastą i opuszkową. Nienaprężone prącie, a z niém i cewka tworzy dwa zgięcia; pierwsze zwrócone wklęsłością ku spojeniu kości łonowych i po za niemi leżące, drugie wypukłe ku kościom i przed niemi leżące, znajduje się w części gąbczastéj. Drugie zgięcie łatwo znieść można podnosząc prącie, co téż robimy wprowadzając instrumenta do cewki. Bezpośrednio za ujściem cewki znajdujemy dołek czółenkowaty, który powstaje przez zagłębienie tylnéj ściany cewki, a zagłębienie podobne w części opuszkowéj tworzy właściwą opuszkę, w któréj jak poprzednio wspomniałem utykają proste endoskopy. Ponieważ zagłębienie znajduje się w tylnéj ścianie cewki, przezwyciężymy opór stawiany przy wprowadzaniu instrumentów prostych, zwracając koniec cewkowy ku przedniéj ścianie, co uskuteczniamy przez pochylanie narzędzia. Część gąbczastą i opuszkową okala tak zwane ciało gąbczaste cewki, które będąc podatném pozwala znaczniéj rozszerzyć tę część cewki, niż część błoniastą cewki, która jest za opuszkową ułożona. Błoniastą część otacza tylko cienka warstwa mięśni okrężnych i tkanka łączna i one utrudniają rozszerzenie téj części, któréj dalszym ciągiem jest część przyprątna, nazwana tak od gruczołu, przez który przechodzi. W téj części znajduje się wzgórek nasienny wraz z otworami przewodów nasiennych, które są po obu bokach wzgórka ułożone. Błona śluzowa cewki jest podłużnie pofałdowaną i składa się z obfitego ścięgnistego utkania, jakotéż z utkania podśluzowego, w którém Henle wykrył podłużne przestwory, bardzo obficie naczyniami krwionośnemi zasilane. Liczne rozgałęzienia naczyń krwionośnych w tkaninie podśluzowéj sprawiają, że ona tém jest dla saméj błony śluzowéj cewki, czém część gąbczasta dla całéj cewki. Na utkanie to i jego budowę kładę nacisk, bo one wytłumaczą nam wiele zjawisk chorobowych. Prócz tego w skład cewki wchodzą mięśnie, których warstwa podłużna zazwyczaj słabsza jest przykryta warstwą mięśni okrężnych. Pokład mięśniowy jest w rozmaitych częściach cewki rozmaitéj grubości i raz przeważa warstwa podłużnych, jak w części przyprątnéj i gąbczastéj, drugi raz warstwa okrężnych, jak w części błoniastéj, którą również zasilają włókna mięśni dowolnych. Błona śluzowa jest pokrytą warstwowym przybłonkiem cylindrycznym, który przy ujściu zewnętrznem cewki zamienia się w płaski, a część błony śluzowéj płaskim przybłonkiem pokryta zawiera brodawki, które pod mikroskopem stwierdzamy. W utkaniu błony śluzowéj znajdują się także zagłębienia podłużne, zwane *lacunae Morganii,* których najwięcéj spotykamy w przedniéj, względnie górnéj, ścianie części gąbczastéj.

Po tym pobieżnym opisie przejdźmy do badania cewki za pomocą endoskopu, a przedewszystkiém odpowiedzmy na pytanie, czy za pomocą endoskopu w ogóle coś widzieć możemy i czy zarzut jest słusznym, że tylko dołek czółenkowaty jest przystępny dla badania. Oba zarzuty łatwo odeprze każdy, kto po dokładném oświetleniu wnętrza zechce chociażby raz uważnie spojrzeć. Dla udowodnienia tego użyję krótkiego endoskopu, kładę go na książce z drobniuchnym drukiem, zasłaniam cewkowy koniec narzędzia, aby litery były wyłącznie oświetlone światłem odbitém i do wnętrza puszczoném. Każdy przekonać się może, że to oświetlenie wystarcza do czytania drobnego druku. To samo powtarzając z długim endoskopem prostym, przekonywamy się, że i długi endoskop do tego samego użytku służyć może. Niewątpliwie wyraźniéj przedstawia się druk przy użyciu mniejszego endoskopu, bo wyrazistość obrazów zależy od odległości ich od siatkówki, a ta będąc większą przy użyciu długiego endoskopu, musi dostarczać mniéj wyraźnych obrazów, ale dla naszego użytku w każdym razie wystarczających. A jeśli druk widzimy, musimy widzieć i błonę śluzową, bo obrazy, których szukamy zawisły od tych samych praw fizycznych a tylko jakość przedmiotu oglądanego jest różną. Niektórzy przeciwnicy uretroskopii nie przeczą, że widzieć można, ale to co widzimy nie zadowala ich żądań. Każdy początkujący w uretroskopii podziela to zdanie i inaczéj być nie może. Początkujący jest owém dziecięciem, które obdarzone przyrządem do widzenia długo uczyć się musi, zanim widzieć i spostrzegać się nauczy, a siatkówka początkującego

nie przywykła do podobnych obrazów powoli się wćwicza i wreszcie ćwiczeniem usuwa trudności, a obeznany z badaniem endoskopijném dokładnie rozeznaje subtelne odcienia obrazów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. **St. Ponikło,**
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Ze względu na objawy fizyczne zajmujący jest następujący przypadek odmy lewéj strony klatki piersiowéj, gdzie objawy wypukowe wielkiéj jamy suchotniczéj zlewały się z objawami odmy, naśladując obecność całkowitéj odmy, gdy takowa była tylko częściową.

M. B., lat 43, wyrobnica, przybyła do kliniki lekarskiéj w dniu 5/11 1877 żaląc się na silne kłucie w lewym boku, które przed 6ciu dniami nagle wystąpiło i na duszność. Badanie fizyczne klatki piersiowéj wykazało: lewa połowa klatki piersiowéj rozdęta, prawie zupełnie nieporuszalna; przestwory międzyżebrowe wyrównane; mięśnie międzyżebrowe znaczniéj napięte po stronie lewéj niż po prawéj. Dołek nadobojczykowy strony prawéj głębszy; prawy obojczyk niżéj ustawiony od lewego. Dołki podobojczykowe obu stron równe, miernie głębokie. Łuk żebrowy strony lewéj więcéj odstający niż prawéj. Drżenie klatki piersiowéj słabsze po stronie lewéj niż po prawéj. Tor oddychania przeponowo-obojczykowy, liczba oddechów 30—44. W y p u k wykazuje w szczycie p r a w y m z przodu jakotéż na obojczyku p r a w y m odgłos wypukowy stłumiony, poniżéj obojczyka jawny, pełny, sięgający w linii przymostkowéj do dolnego brzegu żebra 6go, w linii sutkowéj do dolnego brzegu żebra 7go, w linii pachowéj do górnego brzegu 9go żebra. Po stronie lewéj z przodu wszędzie wypuk jawny bębenkowy, sięgający w linii przymostkowéj do chrząstki 5go żebra, w linii sutkowéj i pachowéj do łuku żebrowego. Nadto w 3im przestworze międzyżebrowym i na 4ém żebrze w linii sutkowéj odgłos wypukowy metaliczny. Z t y ł u szczyt prawy niżéj ustawiony; w szczytach obu odgłos wypukowy jawny; poniżéj po stronie prawéj wszędzie jawny, po stronie lewéj również z wyjątkiem okolicy kąta łopatki, gdzie odgłos wypukowy jawny bębenkowy. Wstrząsanie klatki piersiowéj wykazuje wyraźne pluskanie z podźwiękiem metalicznym.

P r z y s ł u c h wykazuje na całéj przestrzeni po stronie l e w é j tak z przodu jak z tyłu wdech i wydech z podźwiękiem dzbanowym, który ku dołowi staje się coraz wyraźniejszym; nadto w dolnéj części dają się słyszeć rzężenia, mogące być porównane z dźwiękiem spadającéj kropli. Po stronie prawéj w szczycie z przodu i z tyłu wdech i wydech oskrzelowy obok rzężeń wilgotnych, różnobańkowych, dźwięcznych, poniżéj wdech słaby pęcherzykowy, wydech przedłużony i zaostrzony obok nielicznych rzężeń różnobańkowych, wilgotnych, dźwięcznych, poniżéj wdech słaby pęcherzykowy, wydech przedłużony i zaostrzony obok nielicznych rzężeń drobnobańkowych, wilgotnych. niedźwięcznych. Kaszel chrypliwy nie okazuje żadnych cech szczególniejszych. Plwociny śluzowo-ropne, lepkie, ciągnące się, czasem rdzawo zabarwione, badanie drobnowidowe wykazuje obecność włókien sprężystych. Objawy przemieszczenia serca ku stronie prawéj.

Uwzględniając prawie zniesioną poruszalność lewéj strony klatki piersiowéj, wygładzenie przestworów międzyżebrowych, odgłos wypukowy bębenkowy prawie całéj lewéj strony klatki piesiowéj, pluskanie metaliczne przy wstrząsaniu, wdech i wydech z podźwiękiem dzbanowym, rzężenia metaliczne, rozpoznano odmę lewéj strony klatki piersiowéj po przebiciu jamy suchotniczéj.

Badanie anatomiczne wykazało obecność jamy wielkości dużéj pięści w szczycie i górnéj części płuca lewego, o ścianach zgrubiałych, wyścielonéj od wewnątrz błoną gładką cienką. Opłucna w granicach jamy na całéj rozległości silnemi błonami łącznotkankowemi przyrośnięta do opłucnéj żebrowéj. Zresztą jama opłucnowa wolna wypełniona powietrzem przy nakłuciu z sykiem wydobywającém się, w dolnéj części mierna ilość płynu surowiczego mętnego z licznemi strzępkami masy włóknikowéj.

Po lewéj stronie klatki piersiowéj przylegały zatém do ściany dwie jamy wypełnione powietrzem, cienką tylko przegrodą od siebie oddzielone: górna mniejsza w miąższu płuc umiejscowiona, dolna znacznie większa, polegająca na wydęciu przestrzeni międzyopłucnowéj powietrzem. Objawy fizyczne tych jam zlewały się za życia z sobą, tak iż nie mogły być obie we właściwych granicach od siebie odróżnione.

C o d o o b j a w ó w z e s t r o n y n a r z ą d u k r ą ż e n i a znachodzimy zapisane w naszych historyjach chorób d w a przypadki wykazanego rozszerzenia i przerostu komórki prawéj. Stłumienie sercowe sięgało na poprzek do prawego brzegu mostka — ton drugi nad tętnicą płucną był zaostrzony. Obydwa przypadki dotyczyły osób młodych cierpiących na suchoty płucne przewlekle przebiegające.

Rozedmę lub wszelkie inne cierpienie narządu oddychania i krążenia, mogące stanowić zaporę krążenia małego, można było w przypadkach w mowie będących stanowczo wykluczyć, tak iż przerost komórki prawéj musiał być odniesiony jedynie do zapory krążenia wywołanéj zmianami suchotniczemi płuc. W ogóle przypadki podobne należą do rzadkich, gdyż w okresie rozleglejszych zmian w miąższu płucnym, które mogą ścieśniać znaczniéj koryto krążenia w płucach, stan ogólny odżywienia bywa znacznie upośledzony i ilość krwi pozostającéj w obiegu tak zmniejszona, iż znachodzi dostateczne koryto w ścieśnioném krążeniu małém. Częściéj polega rozszerzenie stłumienia sercowego na poprzek w przebiegu suchót płucnych na czystém rozszerzeniu prawéj komórki serca, powstałém skutkiem osłabienia mięśnia sercowego lub poczynającego przeistoczenia tłuszczowego, zwłaszcza też w przypadkach przebiegających z wysoką gorączką, podobnie jak w innych chorobach gorączkowych, mianowicie zakaźnych. Objaw ten stwierdzono również w kilkunastu przypadkach naszych.

Odnośnie do badań Benekego nad rozmiarami serca i wielkich tętnic uwzględniono tę okoliczność przy oględzinach pośmiertnych kilku chorych zmarłych w klinice lekarskiéj. W 3ch przypadkach okazało się serce stosunkowo b a r d z o m a ł e, przytém uderzała wąskość tętnicy płucnéj, poniekąd i w ą s k o ś ć tętnicy głównéj; we wszystkich tych przypadkach wymiary tętnicy płucnéj tuż ponad zastawkami półksiężycowemi były znacznie mniejsze od wymiarów tętnicy głównéj w témże miejscu. Podajemy tu wyniki pomiarów serca i tętnic wielkich najwybitniéj zmniejszonych, uskutecznionych na zwłokach kobiety lat 20 liczącéj, u któréj dziedziczność w dwóch generacyjach została wykazaną:

		Wedle Krausego w ogóle	Wedle Benekego[1] dla kobiet
Szerokość tętnicy głównéj ponad zastawkami wynosiła:	5·3 ct.	8·7	6·1
Szerokość tętnicy w łuku:	4·1 „	6·4	
aorty zstępującéj w połowie klatki piersiowéj:	3·7 „	6·2	4·1[2]
Szerokość tętnicy płucnéj ponad zastawkami	4·5 „	?	6·1

[1]) Dokładniejsze porównanie z przeciętnemi liczbami B e n e k e g o (*Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien*) jest nie możebne z powodu, że wysokości ciała w przypadku tym nie uwzględniono. Przytoczono więc tu tylko liczby, jak e podaje Benecke jako wymiary średnie osobników w okresie skończonego rozwoju ciała.

[2]) Wymiar ten odnosi się u Benekego nie do połowy, lecz do ⅓ części długości aorty piersiowéj.

Grubość komórki lewéj najmniejsza 0·8 ctm.	przeciętnie wedle Bizota
„ „ największa 1·0 „	u mężczyzn grubość k. lewéj najw. 1·0 najmn. 0·8
„ „ praw. najm. 0·4 „	u kobiet najw. 1·0 najmn. 0·7
„ „ największa 0·5 „	k. prawéj u mężczyzn najw. 0·4 — najmn. 0·2 u kobiet najw. 0·3 — najmn. 0·2.

Ciężar serca (tętnice odcięte z pozostawieniem tylko zastawek półksiężycowych) wynosił 141·5 gram.

Prawidłowa średnio u mężczyzn 300·00 }
„ „ „ kobiet 270·00 } wedle Clendenninga.

W dwu innych przypadkach, gdzie tylko względna szerokość tętnicy płucnéj i tętnicy głównéj była uwzględniona, znajdujemy wymiary następujące:

U mężczyzny lat 23 liczącego (przebieg przyostry)
szerokość tętnicy płucnéj 6·7 ctm.
„ „ głównéj 7·0 „

U kobiety lat 64 liczącéj
szerokość tętnicy płucnéj 6·6 ctm.
„ „ głównéj 7·3 „
Waga serca 124·00.

W obu zatém okazała się tętnica płucna wyraźnie węższą niż aorta.

Co do przypadów ze strony narządu trawienia, to były one w kilku przypadkach pierwszemi przypadami, które zwróciły na się uwagę chorych i skłoniły ich do szukania pomocy lekarskiéj. Lżejsze przypady żołądkowe, jak bolesność w dołku podsercowym, nudności, upośledzenie łaknienia połączone z ogólném osłabieniem są zaciągnięte w wywiadach kilku historyj chorób jako poprzedzające przez dłuższy przeciąg czasu przypady ze strony narządu oddechowego. Również przypady jelitowe dające się odnieść do przewlekłego nieżytu jelit pojawiały się w niektórych przypadkach w bardzo wczesnym okresie cierpienia.

Upośledzenie narządu trawienia żadną miarą nie szło w parze ze stopniem zmian chorobowych narządu oddychania; w niektórych przypadkach obok nieznacznych zmian miejscowych znachodziły się wybitne objawy żołądkowe i jelitowe, które więcéj sprawiały choremu dolegliwości, niż kaszel lub duszność, gdy w innych mimo szybko postępującego rozpadu w płucach, mimo towarzyszącéj gorączki bardzo tylko nieznaczne było upośledzenie czynności narządu trawienia.

I tak np. u mężczyzny lat 28 liczącego, cierpiącego na suchoty przyostro przebiegające z objawami szybkiego rozpadu, dość długo łaknienie było wcale dobre i przyswajanie pokarmów należyte, tak iż chory (wśród racyjonalnego żywienia) przez niejaki czas przybierał na ciężarze, mimo że z każdym dniem można było stwierdzić rozszerzanie się miejscowéj zmiany chorobowéj w płucach.

Biegunka nie towarzyszyła stale przypadkom powikłanym z owrzodzeniami „gruźliczemi“ jelit, lecz niekiedy trwała stale w przypadkach, w których sekcyja wykazała tylko nieznaczne zmiany w układzie gruczołowym błony śluzowéj jelit, gdy jéj brakło zupełnie w dwu przypadkach powikłanych ze znacznemi owrzodzeniami jelita. I tak w przypadku dotyczącym mężczyzny lat 29 liczącego, okazującego rozległe nacieki w obu płucach, zaparcie stolca trwało po kilka dni, tak iż musiano się kilkakrotnie uciekać do środków rozwalniających, gdy sekcyja wykazała bardzo liczne i rozległe owrzodzenia w jelicie biodrowém i części wstępującéj jelita grubego, z wytworzeniem gruzełków prosowatych w dnie wrzodów, zserowacenie i prosowatą gruźlicę gruczołów kreskowych, nadto błonicowo-dławcowe zapalenie błony śluzowéj zakrzywienia esowatego i odbytnicy. W ogóle jednak w przypadkach znaczniejszych owrzodzeń jelitowych pośmiertnie wykazanych była biegunka jednym z dość cechujących objawów chorobowych i z 5u przypadków suchot przyostro przebiegających, powyżéj wzmiankowanych, w 4ch uważano biegunkę, gdy w jednym oddawanie stolca było zupełnie prawidłowe; w tymże przypadku sekcyja rzeczywiście żadnych zmian w jelitach nie wykazała, gdy w 4ch innych znaleziono mniéj lub więcéj rozległe owrzodzenia jelit.

Co do przypadów ze strony narządu moczowego, zwłaszcza zachowania się moczu w przypadkach suchót płucnych nie powikłanych z „gruźlicą“ narządu moczopłciowego, nie możemy podać dat ścisłych, gdyż tylko w niektórych przypadkach był mocz dokładnie badany na wszystkie składniki, a ilościowe rozbiory w ogóle nie były przedsiębrane. W przeważnéj liczbie przypadków okazywał mocz pomnożenie względne moczanów, które uwydatniało się w niektórych przypadkach już znaczniéj podwyższonym ciężarem gatunkowym (do 1·031 rzadko), już téż silném oddziaływaniem kwaśném, najczęściéj tylko znacznėm zmąceniem skupiającém się rychło w osad żółtawy, żółtawo-czerwony, ceglasty lub brunatnawy. Osad ten badany pod drobnowidem wykazywał obecność kryształków kwasu moczowego w różnych właściwych formach, tudzież moczanu sodowego bezpostaciowego (bardzo często), wreszcie w rzadkich przypadkach kryształków moczanu amonowego w cechujących tenże kształtach. Wprawdzie nie możemy w każdym z tych przypadków bez rozbioru ilościowego na pewne wnioskować o powiększeniu (względném) kwasu moczowego, gdyż rychłe strącenie moczanów może nastąpić jużto skutkiem samego zgęszczenia moczu, jużto skutkiem silnego oddziaływania kwaśnego tegoż, jednak w przybliżeniu musimy w każdym razie odnieść obecność znaczniejszego osadu moczanów i kwasu moczowego do pomnożenia ilościowego tychże (względnego). Dodajemy tutaj, iż to powiększenie moczanów stwierdzono nie tylko w czasie, kiedy odnośni chorzy silnie gorączkowali, lecz u przeważnéj liczby chorych prawidłową lub nieznacznie tylko podniesioną ciepłotę okazujących. Czy mamy się zadowolić ogólnikowém tłumaczeniem tego objawu upośledzoną lub nieprawidłową przemianą materyi w suchotach płucnych, czy mamy go uznać za wynik upośledzonéj dzielności oddechowéj ciałek krwi czerwonych (*Fraenkel*[1]) wywołanéj wyniszczającém cierpieniem, lub téż niedostateczném ukwaszeniem krwi skutkiem zwężenia koryta krążenia małego i stąd powstającą dusznością — rozstrzygnięcie téj kwestyi należy do badań późniejszych.

Białko znachodziło się w śladach lub „małéj ilości“ zazwyczaj w przypadkach przebiegających z nieco znaczniejszą gorączką, jako następstwo tejże; także w kilku przypadkach przewlekłych bez powikłań z chorobą nerkową lub inną również można było od czasu do czasu wykryć ślad białka w okresie bezgorączkowym.

Nie napotykamy nigdy, nawet w przypadkach nader ostro przebiegających wśród wysokiéj 40° C, przekraczającéj gorączki, wśród udowodnionego szybkiego postępu miejscowego cierpienia, znacznego zmniejszenia chlorków; były one albo zupełnie prawidłowe, albo tylko, o ile ze zwykłéj próby jakościowéj wnioskować wolno, nieco zmniejszone. Zupełnego zniesienia reakcyi na chlorki nie uważano w żadnym przypadku.

[1]) *Der Einfluss des behinderten Lungengaswechsels beim Menschen auf den Sticktoffgehalt des Harns.* Virchows Archiv Bd 70. S. 56.

Wreszcie okazywał mocz kilku chorych z cierpieniem płuc przewlekłém czasowo cechy tak zwanego moczu „niedokrewniczego“ o zabarwieniu bladém, niskim ciężarze gatunkowym obok zmniejszenia ilości wszystkich składników stałych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Przyczynek do kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

Podał Dr. Żegota Sopiński
w Djakowie w Slawonii.

Dnia 30 czerwca r. b. udałem się z komisyją sądową do wsi Gorjan w Slawonii, gdzie przybywszy znalazłem chłopca liczącego lat 16, leżącego na posłaniu, źle odżywionego o mięśniach wiotkich, słabo rozwiniętych, ciepłota ciała nieco podwyższona, tętno 98; brzuch wzdęty, przy dotyku bolesny, wypuk jawny, bębenkowy. Na lewéj stronie brzucha 7 cm. ponad krawędzią górną kości bezimiennéj a 8 cm. na zewnątrz od pępka znajduje się rana 3 cm. długa w środku rozwarta na 2 cm., ku końcom zwężająca się, o brzegach równych, ostrych. Z rany wypada mały skrawek otrzewny 5 cm. długi. Chory jest przytomnym, skarży się na ból w okolicy rany, ma pragnienie, po doznaném obrażeniu 3 razy womitował.

Orzeczenie. Z oględzin wynika: 1) Że obrażenie jest ciężkiém uszkodzeniem ciała, połączoném z niebezpieczeństwem dla życia. 2) Że zadane zostało narzędziem ostrém. 3) Że co do czasu gojenia się rany i ostatecznego wyniku dziś nic więcéj orzec nie można, jak tylko: że przy najpomyślniejszym biegu poczynającego się zapalenia otrzewny proces gojenia się rany trwać będzie dłużéj niż 20 dni.

Po zakończeniu czynności urzędowéj oczyściłem ranę, skrawek otrzewny, ponieważ nie przedstawiał jeszcze żadnych zmian anatomicznych, wprowadziłem w jamę brzuszną, następnie ranę spoiłem trzema szwami i zaopatrzyłem należycie. Zaordynowałem ścisłą dyjetę i podałem wewnętrznie makowiec.

Odtąd nie widziałem chorego, aż dopiero z polecenia kr. prokuratoryi udałem się d. 14 lipca powtórnie z komisyją sądową na miejsce. Wtedy pokazało się: 1. że chory znacznie na siłach podupadł, nudności i wymioty cierpiał ustawicznie, tętno 120, ciepłota 39·8. Przytomność nie zamącona, chory odpowiada dobrze na pytania. 2. Brzuch wzdęty, wypuk w górnéj połowie bębenkowy, na około rany jakotéż i w dole po stronie rany stłumiony. 3. W miejscu rany powstał otwór okrągły 5 cm. średnicy mający; brzegi tego otworu nie równe, pokryte ziarniną mocno ropiejącą. Z otworu sterczą cząstki obumarłéj tkanki i wydobywa się kał w kawałkach, barwy żółtéj, cuchnący. Zgłębnik wchodzi w jelito w całéj swéj długości, a za pomocą tegoż przekonywamy się, że jelito jest przyrośnięte do ściany brzusznéj. Orzekłem co następuje: Z oględzin wynika: 1) Że oprócz ściany brzusznéj została przebitą otrzewna i jelito, a wnioskując z okolicy rany tako téż i wyglądania kału wnosić należy, że uszkodzoną została część zstępująca jelita grubego. 2) Że chory obecnie znajduje się w niebezpieczeństwie życia. 3) Że co do ostatecznego rezultatu i dziś nie można orzec nic pewnego.

Z opowiadania otaczających dowiedziałem się, że we 3 dni po założeniu szwów takowe zwolniły się, że chory wcale nie chodzi na stolec, a to od czasu zranienia. Poleciłem częste obmywanie rany 1% roztworem kwasu karbolowego a wewnętrznie makowiec.

Nie małém było moje zdziwienie, gdy przybywszy d. 9 Sierpnia po raz trzeci z komisyją sądową do chorego, znalazłem go o wiele lepiéj wyglądającego, ciepłotę ciała i tętno normalne, łaknienie i sen prawidłowe. W miejscu rany na brzuchu znalazłem bliznę wielkości 4 centówki, w któréj wyśledziłem dwa otwory; jeden z tychże prowadzi w górę, drugi ku dołowi. W otwory te zaledwie można zwykły zgłębnik wprowadzić, z nich wydobywa się ropa a szczególniéj z otworu niższego. W dolnéj okolicy brzucha 8 cm. po nad spojeniem kości łonowych znajduje się miejsce obrzękłe, zaczerwienione, wielkości orzecha włoskiego, przy ucisku bolesne, twarde. Na około miejsca tego wypuk stłumiony.

Orzeczenie: 1) Ogólny stan obrażonego o tyle się polepszył, że dziś należy się spodziewać, że tenże przy życiu pozostanie. 2) Ponieważ otwór, mający w średnicy 5 cm. o tyle się zabliźnił, że dziś zaledwie zgłębnik w małe dwa otworki wprowadzić można, należy się spodziewać, że tenże się zupełnie zabliźni. 3) Przypad wyżéj opisany nasuwa obawę, że ropa szuka sobie nowéj drogi na zewnątrz, że może powstać nowa przetoka, dlatego téż jeszcze i dziś nie jesteśmy w stanie wydać ostatecznego orzeczenia.

Dnia 1 września udała się komisyja po raz czwarty na miejsce. Obrażonego zrazu nie zastaliśmy w domu. Po zbadaniu go podyktowałem co następuje: 1) Porównywając stan jego obecny ze stanem, w jakim zastaliśmy go przy pierwszych odwiedzinach, widzimy, że znacznie stracił na siłach. 2) Blizna w miejscu rany zupełnie się zagoiła, nie można znaleźć w niéj żadnego otworu, powierzchnia jej sucha, wzgórkowata. Skóra po stronie lewéj brzucha mocno naprężona, na 5 cm. w promieniu przyrośnięta do mięśni brzusznych. 3) Badany skarży się na znaczny ból w miejscu blizny przy każdym forsowniejszym ruchu. Przy chodzie pochyla się znacznie na stronę lewą, a na zapytanie dlaczego to czyni, odpowiada, że mu łatwiéj tak chodzić. Apetyt i sen nieupośledzony, również i przy oddawaniu stolca nie czuje żadnych dolegliwości.

Na podstawie tych oględzin wydaliśmy następujące: orzeczenie ostateczne: 1) Zgodnie z orzeczeniem z d. 30/6 i 14/7 r. b. oświadczamy, że obrażenie było ciężkie, z niebezpieczeństwem życia połączone. 2) Że badany dopiero po 61 dniach odzyskał względne zdrowie. 3) Że w skutek przyrośnięcia jelita grubego do ściany brzusznéj pozostał stan patologiczny, który na przyszłość może stać się przyczyną wielu chorób i niemiłych przypadłości. Zważywszy, że w skutek tego stanu badany przy każdym forsowniejszym ruchu doznaje i doznawać będzie bólów, a jako wieśniak w codzienném swém zajęciu od tychże uchronić się nie może, orzekamy że pozostała niemożność oddawania się zwykłym zajęciom.

Lubo w ścisłém tego słowa znaczeniu i ten stan jest kalectwem, jednakże ponieważ nie podpada pod oczy, i aby uniknąć może zarzutów ze strony sędziów przysięgłych przy rozprawie ostatecznéj, wolałem podciągnąć przypadek ten pod lit. *c*) § 156, niż pod lit. *b*), co dla sędziego i dla oskarżonego obojętną jest rzeczą.

Co do owego podejrzanego miejsca, opisanego w protokóle z dnia 9 sierpnia, po którém obawiałem się, że otworzy się nowa przetoka, to ono powróciło do stanu prawidłowego, znikło téż i stłumienie odgłosu wypukowego w około niego. Tak więc chory ten odzyskał zdrowie częściowe, bez

żadnéj prawie pomocy lekarskiéj, bo bezskuteczne spojenie rany i dwurazowe podanie makowcą nie można nazwać pomocą skuteczną.

IV. Oceny i sprawozdania.

F. Riegel: **Rozpoznanie zrostu blaszek osierdziowych.**

Mimo nader licznych prac odnoszących się do symptomatologii zrostu blaszek osierdziowych, rozpoznanie choroby téj napotyka dotąd w wielkiéj ilości przypadków na znaczne trudności. Krytyczny więc rozbiór wszelkich objawów cierpieniu temu towarzyszących, zwłaszcza ze strony tak wytrawnego jak Riegel klinicysty, był bardzo pożądanym.

Wszelkie przypadki choroby w mowie będącéj podzielić można ze stanowiska klinicznego na trzy działy: Do pierwszego należą te, w których zrost osierdzia żadnych za życia nie wywołuje objawów klinicznych. Zupełny brak przypadów, niezbyt rzadki a czyniący rozpoznanie choroby niemożebném, może w tych tylko razach mieć miejsce, jeżeli mięsień sercowy jest prawidłowy a zrost blaszek osierdziowych nie tamuje ani kurczliwości ani ruchomości serca. Wszelkie bowiem zakłócenie kurczliwości mięśnia sercowego, jak niemniéj wszelki nieprawidłowy kierunek ruchów serca muszą prędzéj czy późniéj pociągnąć za sobą następstwa dostępne dla badania fizycznego. Gdzie więc niema ani pod jednym ani pod drugim względem żadnych objawów klinicznych, tam téż czynności te widocznie nie są znacznie zakłócone.

Do drugiego działu zaliczyć można te przypadki, w których zrosty osierdzia jedynie czynnościowe pociągają za sobą skutki, jak bicie serca, duszność, ciężkość na piersiach, sinica, rozszerzenie żył szyjnych, ich falowanie a nawet tętnienie, tętno drobne, miękkie, przyspieszone, obrzmienie wątroby, skąpa ilość moczu, niekiedy białkomocz itp. Przy tém rozmiary stłumienia sercowego mogą być powiększone lub prawidłowe, tony czyste choć głuche; nareszcie śród objawów ogólnéj puchliny następuje śmierć. W żadnym z tych objawów nie ma nic charakterystycznego, gdyż aczkolwiek takowe po części są następstwem zrostu osierdziowego, to jednak zależą one właściwie od następowych lub równoczesnych zmian w samém sercu; zresztą mogą towarzyszyć również wielu innym chorobom serca. Przypadki do działu tego należące można za życia rozpoznawać z pewném prawdopodobieństwem tylko drogą wykluczenia, posiłkując się wywiadami.

Trzeci nareszcie dział obejmuje przypadki, w których zrost blaszek osierdziowych wywołuje objawy fizyczne. Wartość ich rozpoznawczą rozbiera Riegel po szczególe:

1. Osłabienie (lub brak zupełny) uderzenia koniuszkowego nie ma samo przez się dla choroby w mowie będącéj nic patognomonicznego, gdyż pochodzić może z wielu innych przyczyn (osłabienie czynności serca, znaczne rozdęcie dolnego płatu płuca lewego, zwłaszcza wyrostka języczkowego, a według Traubego również wysokiego stopnia cieśń ujścia żylnego lewego lub tętnicy głównéj), nabiera jednak poniekąd znaczenia rozpoznawczego, jeśli występuje w warunkach, które właściwie wzmocnienie uderzenia koniuszkowego wywołać były powinny, tudzież gdy wykazać można, że osłabienie to, dawniéj nie istniejące, rozwinęło się po przebytém zapaleniu osierdzia a wszelkie inne przyczyny tego objawu wykluczyć można.

2. Skurczowe zapadanie się okolicy koniuszka sercowego, objaw uważany od dawna za najważniejszy. Dawniéj sądzono powszechnie, że do wywołania tego zjawiska niezbędny jest zrost osierdzia z narzędziami sąsiedniemi (zrosty pozaosierdziowe), późniejsze jednak postrzeżenia (Traube, Friedreich) wykazały dowodnie, że istnieć ono może tak bez zrostów pozaosierdziowych jako wewnątrzosierdziowych, gdyż i inne jeszcze przyczyny wywołać go mogą. Tém samém wartość dyjagnostyczna objawu tego uległa znacznemu ograniczeniu, gdyż zrost blaszek osierdziowych może lecz nie musi wywoływać skurczowego zapadania. Aby zmienność zjawiska tego należycie zrozumieć, pamiętać należy, że w prawidłowych warunkach serce podczas skurczu zesuwa się podstawą swą silnie ku dołowi a koniuszek porusza się ku przodowi. Czy więc zapadanie skurczowe towarzyszyć będzie zrostowi osierdzia lub też nie, zależeć to będzie od miejsca i od rozległości zrostu. Jeżeli np. serce zrosło się w całéj swéj rozciągłości z wewnętrzną powierzchnią worka osierdziowego a zrost ten jest zupełnie jednostajny i niezbyt zbity, natenczas skurcz serca będzie wprawdzie mniéj lub więcéj upośledzony, ale ponieważ w takim razie zawada ta dotyczy w równéj mierze tak podstawy serca jak i jego szczytu, skurczowe skracanie się serca odbywać się będzie tak jak w stanie prawidłowym; praca serca jest większą, ale kierunek ruchu się nie zmienił. W takich to przypadkach mimo rozległych zrostów nie dostaje wszelkich objawów fizycznych za życia, mianowicie skurczowego zapadania. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli np. zrosty rozciągają się aż na początki wielkich naczyń, o ile takowe przebiegają jeszcze wewnątrz worka osierdziowego. W takich razach naczynia te nie mogą podczas skurczu prostować się; o ile zatém skutkiem tego podstawa serca nie może opadać jak w stanie prawidłowym, o tyle szczyt serca musi się podnosić a tém samém sprawiać zapadanie się odpowiednich przestworów międzyżebrowych. To samo dzieje się, jeżeli zrosty ograniczone są tylko do podstawy komórek a szczyt serca jest wolny, tém bardziéj jeżeli równocześnie istnieje zrost koniuszka sercowego z przednią ścianą klatki piersiowéj. Zrost zaś ograniczony tylko do samego koniuszka sercowego nie pociąga za sobą skurczowego zapadania, gdyż skoro w takich razach podstawa serca może swobodnie opadać podczas skurczu, koniuszek zachowuje się tak jak w stanie prawidłowym, tj. bardzo mało tylko wznosi się do góry. Z tych paru przykładów wynika, jak liczne a zmienne są w tym kierunku objawy zrostu osierdziowego, tém zmienniejsze, że prócz powyższych warunków, dotyczących rozciągłości i usadowienia zrostów, niezbędną także jest pewna siła mięśnia sercowego, by zapadanie skurczowe powstawać mogło. Wybitne i silne zapadanie skurczowe dowodzi, że serce w nieprawidłowy wprawdzie kurczy się sposób, ale że skurcze jego są silne; z tego zapatrując się stanowiska powiedzieć można, że wybitne zapadanie skurczowe pomyślniejsze ma stosunkowo znaczenie prognostyczne dla choroby w mowie będącéj aniżeli osłabienie lub brak uderzenia koniuszkowego. Zrosty pozaosierdziowe istniejące równocześnie z wewnątrzosierdziowemi mogą w pewnych warunkach sprzyjać powstawaniu zapadania skurczowego tj. o ile przyczyniają się do nadania ruchom serca nieprawidłowego kierunku; dla tego może worek osierdziowy, zrośnięty jednostajnie tak ze sercem jako i z przednią ścianą klatki piersiowéj, osłabiając skurcz serca osłabić lub znieść zupełnie uderzenie koniuszkowe, ale nie wywoła, równie jak same tylko zrosty pozaosier-

dziowe tylko do okolicy koniuszka sercowego ograniczone, zapadania skurczowego. Natomiast jeżeli zrosty pozaosierdziowe nie są jednostajne, mianowicie ku podstawie serca zbitsze niżli u szczytu, lub tylko do podstawy serca ograniczone, poruszalność podstawy serca podczas skurczu jest niemożebną, koniuszek serca musi być pociąganym ku górze (ku podstawie) a tém samém powstawać musi zapadanie skurczowe okolicy serca i to nawet na większéj przestrzeni. Jak dowodzi jeden z przypadków Traubego, jedno nawet pasmo włókniste pomiędzy podstawą serca a ścianą worka sercowego przebiegające, bez jakichkolwiek zrostów pozaosierdziowych, wystarcza do wywołania zapadania skurczowego klatki piersiowéj. Mniemanie, jakoby powstającą w tych warunkach próżnię w okolicy koniuszka sercowego wypełniać musiały natychmiast przednie brzegi płuc (ruch sercowo-płucny Bambergera) nie jest uzasadnione, raz ponieważ częstokroć równocześnie istnieją zrosty brzegów płuc z przednią ścianą klatki piersiowéj, lub z przodkową powierzchnią worka osierdziowego, a powtóre ponieważ ruchy Bambergera i bez takich zrostów prawdopodobnie tu nic wystarczają. Zrosty osierdzia ze stosem pacierzowym (Friedreich) również o tyle tylko mogą osłabić wypuklanie lub wywołać zapadanie skurczowe, o ile zdołają przeszkodzić poruszaniu się koniuszka sercowego ku przodowi a podstawy ku dołowi. Zrosty osierdzia rozciągające się niekiedy na liczne sąsiednie narządy, na opłucnę, stos pacierzowy, śródpiersie przodkowe itp. mogą sprawiając nieprawidłowe okręcenie serca wywoływać bardzo rozległe zapadanie skurczowe; zapadać się zaś będzie okolica klatki piersiowéj, przylegająca do téj części serca, któréj średnica podczas skurczu najbardziéj się skraca. Najczęściéj jednak w tych razach uderzenie koniuszkowe jest tylko osłabione lub zniesione. Czy zapadanie skurczowe może także pochodzić od nieprawidłowych zrostów osierdzia z przeponą (Friedreich), zdaje się być rzeczą wątpliwą. Wypuklanie rozkurczowe jest prostém następstwem skurczowego zapadania się okolicy uderzenia sercowego. Im silniejsze zapadanie, tém też wybitniejsze wypuklenie, które według Friedreicha może nawet skutkiem drgania klatki piersiowéj wywołać tępy ton dający się słyszeć bezpośrednio po prawidłowym tonie rozkurczowym.

3. Niezmienność stłumienia sercowego podczas wdechu i wydechu, uważana przez niektórych autorów jako objaw cechujący chorobę w mowie będącą, dowodzi tylko zniesionéj przesuwalności przednich brzegów płucnych podczas ruchów oddechowych, czy to skutkiem zrośnięcia zewnętrznéj powierzchni worka osierdziowego z opłucną, czy opłucny płucowéj z żebrową, czy nareszcie skutkiem upośledzonéj rozszerzalności brzegów płucnych (rozedma, niedodma itp.). I ten objaw nie ma zatém nic charakterystycznego. Zresztą według Riegla zrosty pozaosierdziowe mogą także sprawiać wydechowe osłabienie uderzenia koniuszkowego, mianowicie jeśli pasmo włókniste przebiegające pomiędzy osierdziem a opłucną, zwalnia się podczas wdechu a podczas wydechu napina.

4. Brak przesuwalności uderzenia koniuszkowego przy zmianie położenia polega na zrostach pozaosierdziowych; jeżeli równocześnie istnieją i zrosty wewnątrzosierdziowe, objaw ten może być tém wybitniejszy.

5. Zapadanie żył szyjnych równocześnie z rozkurczowém wypuklaniem okolicy serca a powolne ich znów nabrzmiewanie podczas skurczowego zapadania przestworów międzyżebrowych zauważali Friedreich i Dusch.

6. Szmery skurczowe, które miał słyszeć Betz na małéj przestrzeni między brodawką sutkową a lewym brzegiem mostka, nie mają żadnego znaczenia. Tu należy również metaliczność tonów sercowych, którą Riess uważa za charakterystyczny objaw zrostu osierdziowego. Metaliczność tonów sercowych pochodzić ma według Riessa skutkiem podźwięku w jamie żołądkowéj a podźwiękowi temu sprzyja właśnie zbliżenie serca do przepony i ścian żołądkowych przez zrosty pozaosierdziowe. Objaw ten jednak mogą wywołać nader liczne inne zboczenia, jak odma osierdziowa i piersiowa, sąsiedztwo wielkich jam w płucach, rozstrzeń żołądkowa, bębnica worka otrzewnowego, nerwowe bicie serca, pewne choroby serca i tętnicy głównéj a nareszcie, jak to wykazał Prof. Korczyński (Przegl. Lek. 1879 Nr. 32, 33 i 34), obecność w sąsiedztwie żołądka jam rozpadowych. Choćby zatém metaliczność tonów sercowych w istocie częściéj się zdarzała przy zrostach osierdziowych, to i tak objaw ten może dla choroby téj nader podrzędne tylko mieć znaczenie rozpoznawcze.

7. Zachowanie się tętna ma więcéj znaczenia prognostycznego niż rozpoznawczego, gdyż daje nam tylko miarę siły serca. Osłabienie lub zupełny brak uderzenia koniuszkowego obok tętna pełnego i silnego świadczy, że serce porusza się w nieprawidłowym kierunku, że jednak mięsień sercowy z dostateczną pracuje energiją. Niemiarowość tętna zdarzająca się w późniejszych okresach choroby, nie ma dla rozpoznania żadnéj wartości. *Pulsus paradoxus* oraz wdechowe nabrzmiewanie żył szyjnych, według Kussmaula objawy patognomiczne dla modzelowatych zrostów śródpiersiowo-osierdziowych, mają względne tylko znaczenie rozpoznawcze. I u zdrowego człowieka można przez głęboki bardzo wdech wywołać znaczne osłabienie tętna a nawet brak tętna, jeżeli podczas wdechu tętnica podobojczykowa ulega uciskowi o silnie wygięte pierwsze żebro (Hoppe). *P. paradoxus* wtenczas tylko świadczy o bezpośrednim ucisku tętnicy głównéj przez zapalne wytwory włókniste śródpiersiowo-osierdziowe, jeżeli podczas wdechu uderzenie serca i tony sercowe nie słabną a może nawet stają się silniejszemi, co nie może mieć miejsca, skoro przyczyną téjże nieprawidłowości tętna jest wygórowane parcie ujemne w klatce piersiowéj.

8. Rozmiary stłumienia sercowego mogą się zachowywać najrozmaiciéj, zależnie od rozmiarów serca i od jego położenia. Zrosty osierdziowe niekoniecznie wywołują przerost serca, a jeżeli są wiotkie i nie utrudniają w znacznym stopniu skurczów serca, to i innych zmian w mięśniu sercowym nie sprawiają. W przeciwnym razie zwierzchnie warstwy mięśnia są zwyrodniałe i zanikłe. Rozstrzeń serca zależy od podatności ścian sercowych i od zawad w krążeniu.

Oto wszystkie objawy przedmiotowe mające znaczenie pod względem rozpoznawczym.

9. Co się tyczy zjawisk podmiotowych, to istnieją jak się wyżéj rzekło, wcale nie rzadkie przypadki, w których brak takowych zupełnie, mianowicie jeżeli zrosty nie upośledzają ruchomości serca i nie utrudniają jego skurczów. W innych znów przypadkach objawy podmiotowe zjawiają się dość rychło, nie są jednak dla naszéj choroby bynajmniéj cechującemi, gdyż aczkolwiek wywołane zrostem

osierdzia, zależą właściwie od osłabienia czynności serca, zwyrodnienia mięśnia sercowego itd.

Z powyższego rozbioru wynika, że i dziś jeszcze stosunkowo rzadko jesteśmy w stanie rozpoznać stanowczo zrosty blaszek osierdziowych. Udaje się to jeszcze najłatwiéj wówczas, gdy istnieje silne skurczowe zapadanie okolicy koniuszka sercowego, zwłaszcza na większéj przestrzeni. Objaw ten, jakeśmy widzieli, dowodzi wprawdzie tylko, że istnieje pewna zawada dla ruchów serca, zawadę tę jednak najczęściéj stanowią zrosty osierdziowe. Tém pewniejszém staje się rozpoznanie, jeśli równocześnie istnieje rozkurczowe zapadanie żył szyjnych, zwłaszcza jeżeli objawy te rozwinęły się bezpośrednio po przebyciu zapalenia osierdzia. Nawet w braku powyższych objawów może sam tylko brak uderzenia koniuszkowego stanowić bardzo cenną oznakę rozpoznawczą, jeżeli uderzenie to istniejące poprzednio, znikło po zapaleniu osierdzia. Zazwyczaj wszakże niezbędne jest wielokrotne oględne badanie i sumienne ocenienie wszelkich objawów, by do pewnego dojść rozpoznania.

A jednak samo rozpoznanie istniejących zrostów osierdziowych nie jest jeszcze ostatecznym celem naszych zabiegów dyjagnostycznych; prócz stwierdzenia anatomicznych zawad dla ruchów serca, winniśmy się starać ocenić w każdym poszczególnym przypadku wielkość i nasilenie przeszkód, jakie skutkiem zrostów osierdziowych tamują prawidłową czynność serca. Wtenczas dopiero moglibyśmy wyrobić sobie w każdym przypadku pewne zdanie o doniosłości i znaczeniu cierpienia, które jest tém niebezpieczniejsze, im więcéj osłabia czynność serca. Czy uda nam się kiedy dojść pod tym względem do takiéj wszechstronności? (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* N. 177). *Dr. Smoleński.*

Lotar Meyer: **Przyczynki do techniki szczepienia.**

Znany z prac nad szczepieniem M. podaje i omawia różne ostrożności, które zachowywać winni lekarze szczepiący celem uniknięcia możliwości przeszczepienia róży i kiły, oraz przeniesienia chorób zakaźnych. Ostrożności te po większéj części znane zestawia on w ten sposób: 1) W czasie panowania chorób zakaźnych należy ze szczepieniem wyczekiwać, dopóki choroby te nieustaną. 2) Lekarz szczepiący nie powinien szczepić, dopóki ma sposobność stykania się z chorymi na choroby zakaźne, chyba że wprzód wykąpie się i zmieni ubranie. 3) Lekarz szczepiący winien ile możności wpływać na to, aby szczepieni nie byli narażeni na zarażenie, a krosty szczepiankowe na drażnienie. 4) Władze winny się starać, aby w punkta zborne szczepienia nie gromadził znaczniejszéj liczby szczepieńców i aby miejscowości, w których szczepienie ma się odbywać, odpowiadały warunkom zdrowia. 5) W czasie wielkich upałów nie należy szczepić. 6) Krosty, z których bierze się limfę do szczepienia, nie powinny okazywać objawów zapalenia wyższego stopnia. 7) Limfę należy zaraz mięszać z gliceryną i w ile można małych flaszeczkach przechowywać. 8) Do szczepienia i zbierania limfy należy używać odrębnych lancetów, które bezpośrednio przed każdorazowém użyciem należy w wodzie (względnie 1% roztworze kwasu karbolowego) zamaczać i obsuszyć. 9) Nie należy zbierać limfy z młodszych niż jednorocznych praszczepieńców. Na praszczepieńców nie należy wybierać dzieci nieślubnych lub pierworodnych. 10) Nie należy nigdy zbierać limfy z dorosłych powtórnie szczepionych a nie wypada doradzać zbierania limfy już z dwunastuletnich, tém mniéj że u nich rzadko tylko kiedy są krosty do prawdziwych krost krowiankowych, podobne. 11) Należy czynić ścisły wybór i być wymagającym co do zdrowia praszczepieńców i ile możności nie wiele limfy zbierać z krost u praszczepieńców. 12) Zebranie limfy z praszczepieńców winno poprzedzić dokładne osobne i miejscowe zbadanie ich stanu zdrowia. 13) Należy używać tylko limfy zdrowych praszczepieńców z krost krowiankowych, otwartych według przepisów a to o ile sama dobrowolnie, powoli, kroplami wypłynie. (*Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* 1880 I). *K. Gr.*

R. Volkmann: **Gruźlica kości czaszkowych przeszywająca.**

Chorobę tę postrzegano bardzo rzadko, jakkolwiek przypady jéj są dosyć wybitne i pozwalają ją dobrze odróżnić od kiły kości czaszkowych. V. postrzegał 12 przypadków i wymienia następujące charakterystyczne przypady: 1) Ścisłe miejscowe ograniczenie do jednego miejsca na czaszce. 2) Zsérowacenie, zropienie i obumarcie dotyczy zazwyczaj całéj grubości zajętéj kości, tak że prawie zawsze przychodzi do przedziurawienia czaszki. 3) Zewnętrznie tworzy się ropień zazwyczaj tak mało napięty, że wziąść by go można za *Kephalhaematoma.* 4) Po otwarciu ropnia wypływa ropa serowata a ściany wysłane są grzybowatą ziarniną, w któréj pod drobnowidem wykryć można nie rzadko zserowaciałe gruzełki. 5) Pod tą ziarniną znachodzi się miejsce wielkości grochu do grosza (monety), w którém kość jest albo anemiczną i zmartwiałą albo zupełnie zniszczoną; w tym ostatnim przypadku udziela się tętnienie od mózgu płynowi nagromadzonemu w ropniu. Ponieważ proste nacięcie do zagajenia nie wystarczało, przeto zastósował V. w ostatnich swych przypadkach nieco energiczniejsze leczenie, które na tém polegało, że dokładnie ziarninę usunięto, kość wyskrobano a nawet w 4 przypadkach wytrepanowano. Naturalnie że wszystko to działo się przy zastósowaniu środków przeciwgnilnych. Pomimo tego przyszło do stanowczego zagojenia tylko zaledwie w połowie przypadków. Następuje szczegółowy opis ostatnich sześciu przypadków. (*Centralblatt f. Chirurgie.* 1880, Nr. 1. *Orig. Mitthg.*). *A. O.*

Prof. E. Hofman (we Wiedniu): **Do kazuistyki otrucia sinkiem potasu.**

Już w poprzedniéj pracy (*W. med. Woch.* 1876, Nr. 45 i 46) oraz w dziele swojém o medycynie sądowéj H. dowodził, że rozpulchnienie i nasiąkanie krwawe błony śluzowéj żołądka, które zazwyczaj znajdujemy po otruciu sinkiem potasu, jest objawem pośmiertnym, że pochodzi tylko od działania ługu, że więc spodziewać się należy, iż w niewątpliwych otruciach sinkiem potasu nie napotka się tego objawu, jeżeli trucizna zażytą została w środku kwaśnym lub jeżeli takowa zetknęła się w żołądku z treścią kwaśną. Przypadki jednego i drugiego rodzaju H. widywał już w praktyce swojéj sądowolekarskiéj; jak dalece zaś ważną jest ta okoliczność, wynika z przypadku, który w roku przeszłym nabył we Wiedniu wielkiego rozgłosu, w którym krawiec otruł kochankę swoją za pomocą sinku potasu, dodanego do wiśniówki, w któréj badanie chemiczne obecność téj trucizny (12%) wykazało, podczas gdy na podstawie sekcyi zwłok można było zrazu orzec tylko, że kobieta umarła z uduszenia, które mogło być wywołane przez zażycie trucizny, która zabija śród objawów sufokacyi; nie znaleziono bowiem **żadnych** zmian szczegółowo za otruciem za pomocą sinku

potasu przemawiać mogących. — W treści żołądka chemicy znaleźli jeszcze 1·5 grm. sinku potasu, również wykazano obecność téj trucizny we krwi ze serca wyjętéj, poczém H. orzekł stanowczo, że dziewczyna umarła z otrucia sinkiem potasu, którego nierównie mniejsza ilość (bo według Husemanna już 0·18 gr.) wystarcza do zabicia człowieka; brak zaś zmian w żołądku, jakie najczęściéj po tém otruciu występują, tłumaczył H. okolicznością, że denatka krótko przed wypiciem trucizny jadła była potrawy kwaśne, jak za tém przemawia kwaśne oddziaływanie treści żołądkowéj. Brak woni charakterystycznéj zdarza się często, jak niemniéj nie ma znaczenia wielkiego fakt, że dziewczyna po wypiciu trucizny jeszcze mogła przemówić, a nawet zjadła jeszcze kawałek ciasta, albowiem znane są w literaturze przypadki, (które H. zestawia), w których ludzie po wypiciu znacznéj dawki kwasu pruskiego jeszcze byli zdolni chodzić, mówić itd. Wreszcie twierdzono, że płyn zaprawiony sinkiem potasu ma smak tak przykry, że trudno przypuścić, aby osoba dorosła a przytomna mogła płyn taki wypić i nie poznała się natychmiast na tym niezwykle przykrym smaku. Co do téj okoliczności wskazuje H. naprzód na częstość otrucia przypadkowego ługiem, którego smak jest nierównie przykrzejszym, a nadto celem sprawdzenia, czy smak sinku potasu w rzeczy saméj jest tak uderzającym, robił razem z asystentami swymi doświadczenia kosztując przezornie krople 12% świeżego rozczynu wodnego sinku potasu, jakoteż wiśniówki, w któréj 12% trucizny rozpuszczono. We wodzie sinek potasu rozpuścił się już po upływie godziny, w wiśniówce zaledwie po upływie 24 godzin; wiśniówka nabrała woni kwasu pruskiego, ale nie do tego stopnia, aby woń ta zwracała na siebie uwagę i nielekarza. Krople rozczynu za pomocą pręcika szklanego na język przeniesione, a przez 3—5 sekund tamże zatrzymane, nie wywoływały pieczenia, lecz smak ługowy nie bardzo przykry, który natychmiast ustąpił po wypłuczeniu ust nie wywoławszy żadnéj zmiany na błonie śluzowéj. Przeciwnie 12% ług potasowy sprawiał pieczenie, utrzymujące się nawet przez kwadrans po wypłuczeniu ust, podobne do pieczenia wywołanego przez oparzenie się rosołem gorącym, a błona śluzowa języka okazała się bardziéj zaczerwienioną. Większa ilość rozczynu wzmiankowanego sinku potasu wzięta do ust wywoływała uczucie piekące, ługowe, podobne do smaku mocnéj wódki, ale wcale znośne. Z czego wynika, że ze stanowiska sądowolekarskiego należy przypuścić możebność przypadkowego otrucia się sinkiem potasu, nawet ze strony ludzi dorosłych a przytomnych. *(W. med. Wochenschrift* 1880, Nr. 1—3). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Klebs protestuje, jakoby ujemne rezultaty terapeutyczne, otrzymane po inhalacyjach będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, przemawiać miały przeciw jego zapatrywaniom na przyrodę gruźlicy jako choroby pasorzytniczéj. Również i terapija przeciwprątkowa w gruźlicy ma swoję przyszłość, pomimo że będźwinian sodowy (może skutkiem nienależytego stósowania?) okazuje się nieskutecznym. Klebs poleca na podstawie 4 letniego doświadczenia będźwinian magnezyi do inhalacyj i wewnętrznego użytku oraz oświadcza, że będźwiniany w ogóle a mianowicie będźwinian magnezyi mogą powstrzymać tworzenie się gruzełków i przyczynić się do ich zaniku, że w przypadkach nie zbyt starych nacieków szczytowych, którym towarzyszy wysoka trawiąca gorączka, skutkiem inhalacyj będźwinianu sodowego i równoczesnego podawania na wewnątrz będźwinianu magnezyi (20 do 30 grm. dziennie) gorączka trwale opada, objawy nieżytowe znikają i ciężar ciała się powiększa (o $^1/_8$ część). W przypadkach suchót płucnych już więcéj rozwiniętych lekowanie to nie daje już tak pewnych rezultatów; jeżeli już istnieją jamy w miąższu płucnym, radzi takowe za pomocą pilokarpinu (0·01 podskórnie) lub inhalacyj z odwaru gwajakowego należycie wyczyścić, aby plwociny nie zawierały prątków. Jeżeli nareszcie naciek jest bardzo rozległy, zawiera liczne wielkie jamy, jeżeli gruczoły oskrzelowe są serowato naciekłe a rozwinęła się już gruźlica jelit lub krtani, w takich razach jedynym środkiem jest miejscowe leczenie jam płucnych, jak to już w r. 1873 robił Mosler w Gryfii, wprowadzając leki do jam rozpadowych przez nakłucie klatki piersiowéj. Kierując się takiemi zasadami miał Klebs liczne przypadki suchót płucnych nie tylko w rozwoju powstrzymać, ale nawet doszczętnie wyleczyć. *(Allg. Wien. med. Ztg.* 1880, Nr. 1).

ss) Dawniéj już polecał Mosler miejscowe stósowanie leków odciągających w chorobach opon mózgowych. Na podstawie dalszych w tym kierunku doświadczeń radzi najlepiéj ogoliwszy odpowiednią część włosów wcierać maść emetykową, po czém bóle głowy, zawroty itp. przypady rychło ustępują. *(Deutsches Arch. f. klin. Med.)*

ss) Henry oceniając na podstawie postrzeganych 196 przypadków raka sutkowego rozmaite sposoby postępowania leczniczego przeciw temuż cierpieniu, dochodzi do następujących wniosków: podawanie wewnętrzne przetworów jodowych i rtęciowych, jakoteż wstrzykiwania azotanu srebrowego, kwasu karbolowego i octowego nie okazały się nigdy korzystnemi; zewnętrzne stósowanie chlorku potasowego działało odwaniająco na części posoczające, ale nie wpływało bynajmniéj na przebieg choroby; kondurango używane tak zewnętrznie jako i wewnętrznie okazało się zupełnie bezskutecznem. Ucisk, mogący być bardzo pożytecznym przeciw nowotworom łagodnym i zapalnym stwardnieniom sutka, tudzież stósowanie elektrolizy są również nieużyteczne. Jedynym środkiem skutecznym jest operacyja: z liczby 14 operowanych pozostało przez $2^1/_4$ do $8^3/_4$ lat bez recydywy, w reszcie przypadków osiągnęło się tę przynajmniéj korzyść, że odjęcie nowotworu podnosi zawsze chorych na duchu, usuwa nieznośne bóle i przedłuża życie (przeciętniowo na 6 miesięcy). Śmiertelność po operacyi wynosiła 30; 20 chorych zmarło skutkiem powikłań. (*Centralblatt für Chirurgie* Nr. 52, 1879).

ss) Füller zachwala tymol w leczeniu oparzelin. Po ciepłéj kąpieli zmywa się miejsca oparzone rozczynem tymolu (1:1000) i wystawia je następnie przez kilka minut na mgłę tymolową (za pomocą rozpylacza), po czém części ranne pędzelkuje się olejkiem tymolowym (1:100), ilekroć olejek wyschnie, początkowo co 10 min. potém rzadziéj. Przy takiém postępowaniu F. widział w 50 przyp. bardzo korzystne skutki: ropienie było nieznaczne, czas choroby stosunkowo krótki a przedewszystkiém blizny się tak nie kurczyły jak przy innem leczeniu. *(Deutsche med. Wchft.* 1879, Nr. 41—43).

ss) Podskórne wstrzykiwania kwasu karbolowego w reumatycznem zapaleniu wielostawowém już dawniéj polecał Kunze. Obecnie jeden z lekarzy rosyjskich zestawia wyniki lecznicze tego postępowania, jakie otrzymał u 12 chorych, z których 7 po raz pierwszy, 3 po raz drugi a 1 trzeci raz zapadł na tę chorobę. Najlepiéj wstrzykiwać tuż poniżéj zajętego stawu pełną strzykawkę 1% rozcz. kwasu karbolowego. Przy takiém postępowaniu bóle prawie stale ustępują, obrzmienie

i zaczerwienienie znikają wkrótce (zwłaszcza w przypadkach cierpienia mniéj nasilonego) i to rychléj w zap. stawów powierzchownych aniżeli głębiéj położonych; po paru dniach jednak bóle zazwyczaj powracają, jeżeli równocześnie nie podaje się na wewnątrz przetworów kwasu salicylowego. Według tego więc kwas karbolowy byłby tylko środkiem uśmierzającym, a i to jego działanie jest wątpliwe, gdyż autor we wszystkich prawie przypadkach podawał równocześnie salicylan sodowy. (*Wiener med. Bl.* 1880 Nr. 3).

V. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu.

List I.

Historyja i geografija błonicy; przepisy sanitarne, rozporządzenia p. ministra spraw wewnętrznych; działalność Towarzystwa Czerwonego Krzyża w rzeczy poskromienia zarazy; partyzancki sanitarny oddział jego kosztem utworzony i wysłany do Mohylowa nad Dniestrem; bezpłatna pomoc lekarska i leki dla dotkniętych błonicą ubogich mieszkańców Kamieńca podolskiego.

Rok oto trzeci walczymy z dyfteryją i niestety bez wielkiego powodzenia, ma ona już swoję historyję, jak ma i swoje ofiary; o jednéj więc i o drugich chcę wam przesłać sprawozdanie.

Publiczność pyta z trwogą, co to za nowa choroba, tak zgubnie działająca na organizm dziecięcy? zapomina bowiem, że już u nas na Podolu po raz drugi ona panuje. A że i tamta pierwsza wystąpiła za naszéj pamięci, więc się jéj także słów kilka należy. W lipcu 1859 upadła szarańcza w dwóch powiatach: Mohylowskim i Uszyckim, zniszczyła ona znaczną część zboża na pniu będącego, ale co ważniejsza zniszczyła wszystkie ogrodowizny, kmieć naraz pozbawiony został kwaskowatych pokarmów, ogórków, buraków, kapusty; a że jednocześnie i głód mu dokuczał, że obok tego zima była nijaka, termometr niżéj zera nie opuszczał się wcale do końca roku, barometr stał bardzo nisko, mgły i deszcze ciągłe, błota zaś utrudniały transporty z okolic dalszych, przez szarańczę nienawiedzonych, więc tyfus głodowy najpierw zagościł pod ubogą strzechą włościańską, jednocześnie z nim zapanował gnilec, a na tém tle z wiosną 1860 r. wybuchła błonica, przeważnie w Uszyckim powiecie. Nie odrazu groźne przybrała rozmiary, ale już w jesieni spory obszar kraju zagarnęła pod swoje panowanie; zastała ona nas nieprzygotowanych do tego stopnia, żeśmy się wahali nawet co do nazwy saméj choroby; więc najprzód w sprawozdaniach urzędowych podporządkowano ją pod gromadę dławcową (krup), potem dławca wrzekomego (pseudokrup), z kolei dopiero ochrzczono ją złośliwém zapaleniem gardła, w końcu zapaleniem błonicowém *(angina membranacea)*. O leczeniu nie wspomnę, błąkaliśmy się, przyznajmy otwarcie, jak błąkamy się obecnie, choć postęp dzisiejszéj terapii widoczny: rzuciła ona leki przeciwzapalne i wymiotne, jako bezwarunkowo szkodliwe, na końcu pałeczki ulanéj z azotanu srebrowego nie upatruje wszystkiego zbawienia; natomiast wezwała do pomocy, tak do niedawna lekceważoną i nieledwie wyśmiewaną policyję lekarską; zdobyliśmy gorzkiém doświadczeniem to przekonanie, że środki desinfekcyjne odgrywają tu rolę wydatną, że choroba jest zaraźliwą, odosobnienie więc chorych koniecznėm itd. itd.

By skończyć już raz z tą dawną epidemiją, dodam, że ustała ona dopiero na początku 1861 r., ale śmiertelność przez nię wywołana była dość znaczna, ogólna bowiem rubryka zgonów w gubernii urosła po nad zwykłą skalę do 15,000.

Teraz o dyfteryi panującéj obecnie. Ale i tu muszę zacząć *ab ovo*. Zapewne przypominacie sobie sprawozdanie Dra Nesti z r. 1870 o epidemii błonicy rozwielmożnionéj we Florencyi i jéj okolicy; otóż pisze on, że błonica owa szybko się rozszerzyła, bez względu na stosunki topograficzne i telluryczne, że największa liczba przypadków dotyczyła dzieci między 2 a 3 rokiem życia. W ogóle jednak żaden wiek nie był oszczędzony, tylko u niemowląt przy piersi będących bardzo ją rzadko spotykano. Zarażanie następowało albo przez oddychanie, albo téż przez dotykanie się produktów chorobowych, w ten sposób zaraził się i sam Dr. Nesti, autor sprawozdania. Dla tego przytoczyliśmy tych słów kilka o dyfteryi florenckiéj, bo jednocześnie z nią wystąpiła błonica w Rosyi południowéj (nawet kwestyja, czy nie zaniesiono jéj z Włoch do Odessy?), mianowicie w gubernijach chersońskiéj, taurydzkiéj, ekaterynosławskiéj i bessarabskiéj. W początkach słaba, zawsze atoli nosiła cechy epidemii domowéj *(Hausepidemie)*; i tak w danéj miejscowości, wiosce albo miasteczku, zagnieżdżała się pod jedną strzechą, dotykała dziatwy tam zamieszkałéj, z któréj połowa albo i wszystkie padały jéj ofiarą; a dokonawszy dzieła zniszczenia gasła, nie występując już ponownie w téjże osadzie kilka albo i kilkanaście tygodni.

Ztamtąd to, w r. 1872 — przekroczyła ona granice chersońskie i pokazała się w sąsiednim bałckim powiecie gub. podolskiéj; rozwijając się powolnie, nie zwróciła na siebie pierwiastkowo uwagi miejscowych władz sanitarnych: powiększała się latem i jesienią, słabła porą zimową i wiosną, ofiary jéj były nieliczne, krańców powiatu całych lat kilka nie przestąpiła.

Tak rzeczy stały do 1877 r., to jest do początku wojny tureckiéj; ruchy wójsk, ciągłe transporty materyjału bojowego uskuteczniane przez miejscowych kmieci, dopomogły rozszerzeniu się dyfteryi. Zawsze atoli ogniskiem, z którego się ona u nas wykluła, było pogranicze gubernii chersońskiéj, mianowicie miasteczko Krzywe jezioro i siedm wiosek w okolicy jego leżących: w początku lipca 1877 r. naliczono tam 491 chorych, dotkniętych złośliwém zapaleniem gardła, z których 168 umarło (około 34%). Jednocześnie w końcu lipca wybuchła dyfteryja w Wierszchówce należącéj do gminy trościanickiéj, a położonéj w pow. bracławskim (Krzywe jezioro od Wierszchówki oddalone o werstw przeszło 200); urząd powiatowy lekarski naliczył tu 176 przypadków, z których 50 zakończyło się niepomyślnie; tylko we wspomnianéj miejscowości choroba zwiększała się do tego stopnia, że już w końcu października, zagarnęła oprócz Wierszchówki i cztery inne okoliczne wioski, a liczba osób dotkniętych rzeczoną niemocą urosła do 640, śmiertelne zaś zejście miało miejsce w 249 przypadkach (40%). Powtórzyło się to samo i w powiecie winnickim (przylegającym do Bracławskiego), mianowicie w Mohylówce i trzech obok położonych wioskach (71 przypadków i 28 zgonów). Ztamtąd w listopadzie błonica przewędrowała do sąsiedniego powiatu lityńskiego, lecz tutaj nieprzybrała zbyt groźnych rozmiarów, jak gdyby wysiliwszy się — przygasła zupełnie.

W ogóle postrzeżono, że dyfteryja trzymała się stale kolei żelaznéj, rozszerzając się bardzo powolnie po obu stro-

nach głównéj komunikacyjnéj linii na Podolu. Siła jéj słabła w kierunku od południo-wschodu ku północo-zachodowi, tak, że kiedy powiat bałcki (południowy kraniec gubernii) najwięcéj był rzeczoną niemocą dotknięty, wówczas w proskurowskim (kraniec północno-zachodni) ledwie się ona dostrzedz dawała i dotąd nie przekroczyła za Wołoczyska, stacyję kolei żelaznéj, znajdującéj się na granicy, tak, że o dyfteryi nagminnéj w Galicyi wcale nie słychać, przynajmniéj nie spotykamy o niéj wzmianki ani w pismach codziennych, ani też lekarskich.

Do nas, do Kamieńca i w ogóle na pobrzeże Dniestrowe podolskie, wkroczyła błonica inną drogą, mianowicie z Bessarabii. W lipcu 1877 r. szerzyła się już tam ona na dobre i wkrótce dosięgła przerażających rozmiarów; niemocy ulegały nietylko dzieci, ale i dorośli i zgrzybiali; wymierały całe rodziny. Gazety, opierając się na sprawozdaniach urzędowych, podawały liczbę zgonów wywołanych w skutek dyfteryi w dwóch tylko północnych powiatach Bessarabii (w chocimskim i sorokskim) na 9,000 i to w ciągu pierwszego półrocza 1877 r. Ztamtąd to wkroczyła ona do ościennych powiatów podolskich — olgopolskiego, uszyckiego i kamienickiego. W Kamieńcu pierwszy przypadek miał miejsce w sierpniu 1877 r., mianowicie na ulicy Pocztowéj, za nim nastąpiły dwa inne w sąsiedztwie — wszystkie zakończone zgonem. Początek wszakże epidemii jak w stolicy gubernii, tak w trzech tylko co wyszczególnionych powiatach, datuje od 1 października 1877 roku. W ogóle, ku końcowi wzmiankowanego roku, liczono objętych zarazą siedm powiatów, a w nich 92 miejscowości t. j. 12 miasteczek z ludnością izraelską przeważnie i 80 wiosek — kędy wyłącznie między chrześcijanami szerzyła się zaraza. Liczby zmarłych, jako też chorych z tego okresu, niemogliśmy odnaleźć w papierach urzędowych, któremi posługujemy się przy układaniu niniejszego sprawozdania.

Z wiosną 1878 r. epidemija jakby się zmniejszyła, o chorych nie było słychać, ale już w ciągu lata nastąpiła zmiana ku gorszemu. Do wyżéj podanych siedmiu powiatów, przybył ósmy— jampolski, w którym w czerwcu i lipcu skonstatowano 770 zgonów z dyfteryi (na 163,539 płci obojéj mieszkańców). Niektóre miejscowości powiatu kamienieckiego w tymże okresie wówczas tylko uwolniły się od epidemii, kiedy w nich wszystkie dzieci do lat 7 wymarły. Do takich najnieszczęśliwszych należała Braha położona nad Dniestrem, gdzie na 336 mieszkańców naliczono 80 zgonów. To samo da się powiedzieć o przedmieściach Kamieńca: Dłużku, Białanówce, Zińkowcach, Tatarzyskach, Karwasarach, Ruskich i polskich folwarkach, a także i o wioskach okolicznych, mianowicie: Kulczyjowcach, Mukszy, Janczyńcach, Hołoskowie, Kadijowcach, które dostarczały największego kontyngensu chorych lekarzom w mieście osiadłym, przyczyniając się do zwiększenia i nasilenia epidemii w Kamieńcu przyciehającéj. W Michałówce, powiatu uszyckiego, na 744 mieszkańców, w ciągu dwóch miesięcy (sierpień i wrzesień 1878 r.) liczono 295 zgonów przez błonicę wywolanych. ku końcowi roku cała gubernija z wyjątkiem powiatu lityńskiego, objęta już była zarzewiem téj strasznéj niemocy. Urzędowe zaś sprawozdania, za grudzień tylko, podają wcale niepocieszające wyniki, mianowicie około 263 miejscowości służących jakby za ognisko choroby, a że miasteczek, wiosek i futorów liczy nasza gubernia 2036, więc prawie 13% dotkniętych błonicą, chorych zaś podano 2990, a zgonów 1114, to jest 40%.

W roku bieżącym sprawa błonicowa rozwielmożniła się jeszcze bardziéj, nieustannie zmienia miejsca, chociaż się zdarza, że do jednéj osady wraca po kilka razy. Ma ona swoje uprzywilejowane rezydencyje, jak znowu są osady, które stale omija, choć w koło nich daninę wybiera. Dawniéj zaniesiona do pewnéj osady w jednéj rozpanoszała się chacie, dzisiaj naraz obejmuje w posiadanie swoje kilka i kilkanaście domów, nie masz gminy, w któréjby ofiar i to dość licznych nie zabrała. Gdybyśmy bowiem przypuścili, że wyżéj podana cyfra zgonów w ciągu grudnia 1878 r. stanowi dwunastą część śmiertelności w gubernii, w skutek dyfteryi powstałéj, wówczas całoroczna liczba zgonów przez niniejszą epidemiję wywołanych dosięgłaby 13,386. Przypuszczenia tego wcale za nieprawdopodobne uważać nie należy, a jednak imponuje ono swoim ogromem, zwłaszcza jeżeli przypomnimy czytelnikom, że gubernija liczy 2,044,614 mieszkańców, i że zwykła śmiertelność roczna wynosi 63,230 osób.

Jakże się zachowywała administracyja miejscowa w obec tak groźnéj sytuacyi? Przyznać jéj należy, że używała wszelkich możebnych środków dla poskromienia zarazy. I tak: powołała ona do życia wszystkie powiatowe Rady zdrowotne, funkcyjonujące zwykle podczas panujących epidemij: miejscowości dotknięte dyfteryją podzieliła na sekcyje, oddając je pod wyłączną opiekę lekarzy powiatowych i wiejskich. Gubernijalna Rada sanitarna wydała nadto przepisy (1878), któremi posługiwać się winni mieszkańcy wiejscy dla uchronienia się od błonicy.

Wszystko to wszakże nie pomogło. Wówczas p. minister spraw wewnętrznych uznał za konieczne, polecić pp. gubernatorom użycie energiczniejszych środków dla przytłumienia zarazy.

W cyrkularzu ministeryjalnym z dnia 23 czerwca 1879 r. powiedziano, że dyfteryja szerzy się w następujących gubernijach: bessarabskiéj, chersońskiéj, taurydzkiéj, podolskiéj, ekaterynosławskiéj, połtawskiéj, kijowskiéj i czernichowskiéj, kurskiéj, woroneżskiéj i orłowskiéj; zajmuje więc całą południową strefę Rosyi. Epidemija trwa już lat kilka (około dziewięciu) i z każdym zwiększa się rokiem. Dla tego zaleca: *a)* powiększenie liczby lekarzy, felczerów i sióstr miłosierdzia, w celu leczenia chorych dotkniętych błonicą i troskliwego a umiejętnego ich pielęgnowania; *b)* podzielenie miejscowości dotkniętych na sekcyje i wyznaczenie dla każdéj z nich opiekuna; *c)* urządzenie oddzielnych infirmeryj dla chorych, które należy zaopatrzyć w potrzebne lekarstwa, środki desinfekcyjne itd.; *d)* nim zaś to wszystko da się uskutecznić, uważa p. minister za korzystne, rozpowszechnienie pomiędzy mieszkańcami pewnych przepisów i przestróg sanitarnych. Jako wzorowe pod tym względem załączono przy cyrkularzu wypracowane przez połtawski urząd lekarski i przez chersońską radę sanitarną. Oba do siebie podobne. Ostatni jednak podajemy w streszczeniu, jako zastosowany należycie do skali oświecenia ludu, jego uprzedzeń i zabobonów itd. Przepisy te dzielą się na obowięzujące i nieobowięzujące. Pierwsze z następnych motywów złożone.

1) W przypadku wystąpienia dyfteryi (znanéj u gminu pod nazwą złośliwego obrzmienia szyi, złośliwych zawałków) gospodarz domu, albo starszy członek rodziny, gdzie się rzeczona choroba pokazała, powinien natychmiast uwiadomić: lekarza albo felczera, jeżeli takowi są w miejscu, a kiedy ich nie ma, wójta gminy, setnika albo dziesiętnika, a tych już

obowiązkiem będzie donieść o wszystkiém najbliższemu lekarzowi, felczerowi, a także komisarzowi policyi.

2) Jeżeli po oględzinach dokonanych przez lekarza albo felczera okaże się, że choroba istotnie jest sprawą błonicową, wówczas władze miejscowe powinny wyznaczyć, w miarę potrzeby, jeden, dwa, albo i trzy domy dla infirmeryj, zaopatrzyć je w najzwyklejsze naczynia (jak kubły, miski, garnuszki), w pościel a przynajmniéj w dostaczną ilość siana albo słomy. W podobnych szpitalach czasowych należy lokować dotkniętych dyfteryją, przy sprawdzonéj bowiem zaraźliwości złośliwego zapalenia gardła przecięcie i ukrócenie zarazy możebne tylko przy bezwarunkowém odosobnieniu chorych od zdrowych.

Wyjątek od tego przepisu uczynić można dla osób dostatnich, będących w możności odosobnienia chorych we własném mieszkaniu; a także dla dzieci przy piersi będących i takich, które się bez opieki macierzyńskiéj obejść nie mogą. (Dodatek bardzo elastyczny, obalający całą doniosłość wyżéj podanego przepisu, bo czyż się dziecię do 7 lat może obejść bez opieki macierzyńskiéj? a błonica przeważnie dotyka tę epokę wieku. *(Przypisek sprawozdawcy).*

3) Ponieważ plwociny wyrzucane przez chorych a także bielizna przez nich używana i pościel na któréj leżą, zdolne są rozszerzyć zarazę, więc konieczném jest: *a)* wydzieliny oddawane przez chorych zbierać do naczynia, albo do szmat i pierwsze, t. j. naczynia opłukiwać środkami desinfekcyjnemi, drugie zaś palić natychmiast; *b)* siano lub też słomę, na któréj chorzy leżą (a odmieniać je potrzeba, jak można najczęściéj, przynajmniéj raz na tydzień), palić w jedném na ten cel przeznaczoném miejscu, pilnie przestrzegając, żeby produktów do spalenia przeznaczonych wiatr nie roznosił po wsi albo miasteczku; *c)* bielizny ze zmarłych na błonicę nie zdejmować, ze zdrowiejących zaś (koszule, poszewki, prześcieradła) palić, jeżeli na to właściciel pozwoli, jeżeli zaś nie pozwoli, wówczas poddawać ją odwietrzaniu t. j. okadzaniu siarką, poczém opłukać ją we wrzątku z dodaniem do tego ostatniego małéj ilości potażu (popiołu).

Podane tutaj przepisy winny być zastósowane i do osób, w domu własnym zostających na kuracyi. Mają one prawo (według nas powinny) odsyłać bieliznę i pościel chorych do infirmeryi, gdzie ulega ona desinfekcyi.

Okadzanie uskutecznia się w następujący sposób: Odzież i bielizna, którą mamy poddać odwietrzaniu, rozwiesza się w osobnéj izbie, stodole, nawet loszku, na podłodze ustawia się naczynie z żarem, na który wypada wysypać pół funta siarki sproszkowanéj i szczelnie zamknąć mieszkanie. Bardzo pierwotne uwagi, niedostateczne nawet dla prostego gminu— a Rada sanitarna właśnie kmieci miała na względzie. Już przepisy połtawskiego zarządu lekarskiego, także zalecone przez p. ministra, daleko są wyraźniejsze w kwestyi desinfekcyi, dla tego téż powtórzymy je tutaj. Odwietrzanie za pomocą g o r ą c e g o p o w i e t r z a, tam gdzie nie ma na ten cel zbudowanych izb, uskutecznia się z korzyścią w każdym ruskim piecu. W y m y w a n i e i o p ł u k i w a n i e najlepiéj robić w wodzie karbolowéj (2% t. j. 1 część kwasu na 50 części wody), albo chlorowéj (ćwierć funta *calcariae chlorat.* na wiadro wody, po ustaniu się płyn zlewa się bez osadu). O k a d z a n i e, w tym celu najlepiéj używać chloru (funt *calcar. chlorat.* rozpuścić w oku wody i dodać do tego mięszaniny z dwóch funtów kwasu solnego z dwoma funtami wody — w skutek czego zaraz się zaczyna gaz chlorowy wydzielać). Dla okadzania używać można i siarki (siarkę stopić, namoczyć w niéj gałgany albo kłaki, i zapalone układać na cegle albo glinie). Dla oczyszczenia pokoju, na każdych dziesięć sążni kubicznych dość jest funta *calcar. chlorat.* albo trzech funtów siarki.

Po wygaśnięciu epidemii, mieszkania, w których mieściły się infirmeryje dyfterytyczne, powinny być okadzone siarką, a potém w ciągu całego tygodnia przewietrzane. (Dodamy od siebie, że należy tynk w nich odbić i na nowo wybielić).

4) Zmarli na błonicę z racyi wielkiéj zaraźliwości winni być po upływie doby chowani. Przyczém zachować należy następujące przepisy: a) bielizny z nieboszczyka nie zdejmować, b) trupa nie obmywać, c) do świątyni ciała nie sprowadzać, d) do całowania zmarłego — jak tego chce obyczaj — oprócz ojca i matki nikogo z obecnych nie dopuszczać, e) chować w zamkniętéj trumnie, f) eksportacyj licznych unikać, g) z a d u s z e k żadnych nie sprawiać. W ogóle zabraniać zbiegowiska ludzi, a p r z e d e w s z y s t k i é m d z i e c i w chacie, gdzie leży nieboszczyk zmarły na błonicę.

5) Bezwarunkowo nie wolno udawać się za poradą do z n a c h o r ó w, a także naciskać obrzmiałe gruczoły szyjne i podszczękowe (odsuwać zawałki — by nie zadusiły), gdyż taki sposób traktowania choroby jest bardzo szkodliwy.

6) W miejscowościach, gdzie się znajdują szkółki wiejskie, i gdzie mieszkają lekarze albo felczerowie, ci ostatni a także nauczyciel, obowiązani są przynajmniéj dwa razy na tydzień dokonywać opatrunku dzieci, w przypadku zaś wystąpienia dyfteryi, najstósowniéj będzie na czas jakiś zawiesić naukę.

Przepisów nieobowiązujących nie podajemy; dotyczą one początkowego (na razie) leczenia chorych dotkniętych błonicą.

Nie bacząc jednak na rozwiniętą sprężystość administracyi, któréj bódźca dodał cyrkularz p. ministra, epidemija szerzyć się nie przestała; dochodzą nas wieści że w obecnéj chwili (połowa grudnia 1879 r.) objęła ona już 15 gubernij. Więc z kolei poruszono nowe siły, a mianowicie w miejscowościach bardziéj zagrożonych wystąpiło do walki z błonicą Towarzystwo czerwonego krzyża. Urządziło ono tak zwane przenośne, ruchome ambulanse (partyzanckie oddziały — „letuczyje otriady“) w dwóch gubernijach: półtawskiéj i podolskiéj. W pierwszéj z nich miejscowe obywatelstwo (ziemstwo) złożyło na rzecz poskromienia dyfteryi 100,000 rubli, Towarzystwo czerwonego krzyża dodało od siebie 105,000 r., uformowano więc 30 oddziałów, na czele 30 lekarzy i 300 sióstr miłosierdzia dodanych im do pomocy. (Półtawska gubernija liczy 2,102,614 mieszkańców, na każdy więc oddział przypada 70,420 osób). Zadaniem partyzanckiego lekarskiego hufca jest zakładanie w osadach, gdzie panuje błonica, czasowych lazaretów, w nich znajdują przytułek dyfterytycy, dostają bieliznę (ta którą mają na sobie idzie w ogień), pomoc lekarską i pożywienie; w każdym lazarecie chorych dogląda siostra miłosierdzia, lekarstwa podaje felczer, lekarz zaś kolejno odwiedza szpitale jego powierzone pieczy. Podobny oddział sanitarny (jeden tylko) wysłany został 10 października do Mohylowa nad Dniestrem, gdzie się w chwili obecnéj najbardziéj szerzy błonica. Utrzymanie jego kosztuje miesięcznie do 1000 r. Według wieści, jakie nas dochodzą, udało mu się bardzo pomyślnie przeprowadzić najdrażliwszą kwestyję odosobnienia chorych, co już jest wielkim krokiem naprzód, szczególnie u nas, gdzie

lud tak sobie lekceważy wszelkie przepisy i tak się w ogóle boi szpitala.

Niezależnie od tego miejscowe Towarzystwo czerwonego krzyża wzięło w swoję opiekę i biedną ludność Kamieńca; obowiązało ono jednego z lekarzy do wizytowania chorych dotkniętych błonicą, z prawem wydawania leków w takich przypadkach wskazanych, na które wyznaczyło po 100 r. miesięcznie. Oto są dzieje epidemii na Podolu i przepisów mających zadanie przytłumienia zarazy.... Aż trwoga zbiera na samą myśl, wiele to osób padło jéj ofiarą w ciągu przeszło dwóch lat ostatnich, wiele ich jeszcze padnie, jeżeli społeczność nie wesprze swoją czynną pomocą miejscowéj administracyi, jeżeli lekarze gminni nie będą szerzyć między ludem zdrowych zasad sanitarnych. *Dr. Antoni Józef Rolle.*

Listy z prowincyi.

IV.

„Lekarz to kapłan, co bez wytchnienia o każdéj porze spieszy zarówno do łoża bogacza jak i ubogiego wyrobnika, co wraca dzieciom ojca lub matkę, rodzicom ukochane dziecko, itp.“—czytamy w niejednéj powieści a słyszymy niemal co chwila. Z myślą téż o tak szczytném powołaniu kończy się nieraz o chłodzie i głodzie dłuższe, mozolniejsze i kosztowniejsze od innych studyja lekarskie w téj błogiéj nadziei, że pracując w tak szlachetny sposób dla dobra swych bliźnich, znajdzie się w życiu zadowolenie dobrze spełnionego obowiązku, a zarazem słodki jakkolwiek skromny kawałek chleba; mianowicie odkąd zdanie, że „*Galenus dat opes*“, dawno już straciło swe znaczenie. Nasłuchawszy się o wielkim braku lekarzy w Galicyi, naczytawszy anonsów i korespondencyj dziennikarskich, że w téj lub innéj okolicy lekarz jest bardzo pożądanym, naodbierawszy kilka listów od aptekarzy, do których po informacyje udawać się zwykło, zapraszających naturalnie we własnym interesie do swéj siedziby jako do drugiéj Kalifornii i Eldorado, rzeczywiście jest się nieraz w kłopocie, w którą stronę się zwrócić, tak wszędzie widoki na pozór są zachęcające. Posadę dostać to rzecz nie tak łatwa, gdyż dziś o najlichszą ubiegają się dziesiątki kandydatów, a warunkom stawianym, aby kompetujący był bezżennym, to znów wolnym od wojskowości (najlepsze to pono ilustracyje do braku lekarzy u nas) nie każdy zadosyć uczynić może. Nie chcąc powiększać liczby lekarzy po miastach i miasteczkach, gdzie ich już jest do zbytku, osiąść na wsi lub w miasteczku, które jest niém tylko z imienia, a odstrychnąwszy się w ten sposób zupełnie od ucywilizowanego świata, rozpocząć w całém tego słowa znaczeniu głodne apostolstwo, nie jeden już próbował, ale długo wytrwać nie potrafił. Przed trzydziestu jeszcze może laty, gdyby lekarzy było tyle co teraz, prawdopodobnie instytucyja lekarzy gminnych byłaby się sama przez się wytworzyła, dziś jednak gdy z licznego zastępu zamożnego obywatelstwa pozostały tylko dogorywające niedobitki, nie można się łudzić, aby w danéj miejscowości pozostała garstka, zmuszona bardzo z kredką się liczyć, lekarza choćby skromnie utrzymać zdołała. A jak się lud obecnie zapatruje na lekarzy i jak się garnie do ich pomocy, mieliśmy sposobność poprzednio poznać. Zachoruje kto w chacie, to się pewnie z pracy „oberwał“, trzeba zawołać babkę, żeby wysmarowała, wypić wódki z psiém sadłem lub z pieprzem, a gdy krew po plecach „roi“, to jéj upuścić; winduje się następnie pacyjenta na piec, aby się wygrzał i wyleżał, i kuracyja skończona. Gdy zaś to nie pomaga, a nieskutkują inne gusła i różne leki, ha to już „dopust Boży“, na lekarza i lekarstwa najczęściéj nie ma pieniędzy a nawet wydatek się „nie opłaci“, jeżeli chory jest dzieckiem, z którego jeszcze nie ma pożytku, lub starcem, który i tak prędzéj czy później umrzeć musi. Za to pogrzeb i stypa muszą być sute, znajdują się i pieniądze, a jak nie, to sprzedaje się nawet ostatnią krowę, byle się tylko „pokazać“ i nieboszczykowi „despektu“ nie zrobić, zapominając, że często za dziesiątą część téj kwoty można było w stósownym czasie wezwawszy pomocy lekarskiéj, zmarłego długie jeszcze lata przy życiu utrzymać. Nie zawsze jednakże chłop nasz jest tak obojętnym, zdarzy się czasem widzieć w chacie i koło chaty niezwykłe krzątanie, sąsiedzi spieszą do niéj z garczkami i flaszkami, z domu dolatuje płacz dzieci i domowników, czasem posyłają nawet po lekarza, płacąc „bez targu“ z góry i stósunkowo hojnie, słowem sądziłbyś, że się stało nie wiedzieć jakie nieszczęście, a tu tylko swego chowu jałóweczkę, co tyle a tyle „śrybła“ wartała, „paśkudnik“ lub „kurdziel“ udusił.

A przecież mimo téj czułości na wszystko, co ma materyjalną wartość, w razie zarazy bydlęcéj ani kordony wojskowe, ani surowe kary nie są w stanie powstrzymać wieśniaka, aby pokryjomu nie wykopywał często już nadgniłéj padliny i spożywając ją w domu nie szerzył w ten sposób zarazy i nie szkodził rozmyślnie własnemu i rodziny zdrowiu. Jakżeż więc można żądać od tego biednego, ciemnego i biernego, za nadto wiele na wolę i opatrzność boską składającego, a nadto przez niesumiennych szarlatanów wyzyskiwanego, lub przez rzekomych dobroczyńców bałamuconego ludu, aby umiał, gdy chodzi o zdrowie i życie własne, lekarską pomoc ocenić, rzeczywistą rozpoznać, i z ufnością do niéj się uciekając wynagrodzić ją był w stanie. Są wprawdzie okolice, jakkolwiek rzadkie, gdzie większa oświata nauczyła wieśniaka więcéj cenić swe zdrowie, i w danym razie częściéj szukać stósownéj pomocy, gdzie także dobrobyt podaje do tego odpowiednie środki, okolice te jednakże, właśnie dla tych powodów, na brak lekarzy wcale się skarżyć nie mają przyczyny. Faktem jednakże jest, że ludność wiejska coraz bardziéj marnieje, pierwsza lepsza epidemija (jakiéj i przy tegorocznym niedostatku spodziewać się można) liczne zabiera ofiary, kiła i charłactwa różne coraz bardziéj się szerzą, a wykazy statystyczne zdolnych do służby wojskowéj stawiają Galicyję prawie na ostatniém miejscu. Czasby rzeczywiście już był w obec tego stanu rzeczy od projektów przejść do czynu, do środków zaradczych. Cóż za korzyść bowiem ztąd, że wtedy dopiero, kiedy groźna epidemija znaczne przybiera rozmiary, na gwałt szuka się i deleguje lekarzy, wydając na ten cel znaczne sumy; nieświadomość, nieufność a często jawny opór zarządzonym środkom utrudniają krwawą rzeczywiście pracę lekarza i rezultat jéj prawie do zera sprowadzają. Trafnie bardzo porównywają nieraz nieoświecony lud do dziecka, które zanim zacznie używać sił własnych, koniecznie potrzebuje opieki i kogoś, ktoby kierując jego krokami, bronił ich od szkody, takiéj téż pomocy pod każdym względem niezbędnie lud nasz potrzebuje. Dopóki więc jak dotąd i w sprawie zdrowia wszelka inicyjatywa pozostawioną będzie woli i uznaniu tego wielkiego dziecka, i dopóki statystycy patrząc na lud przez wielkomiastowe okulary i perorując o jego domniemanych żąda-

niach, w samém tylko zwiększeniu ilości lekarzy szukać będą lekarstwa na usunięcie panującego złego, dopóty nie można się spodziewać najmniejszéj korzystnéj zmiany w obecnych stósunkach, choćby nawet liczba lekarzy kilkakrotnie się pomnożyła. Potrzeba przedewszystkiém, aby wieśniak jak najczęściéj przekonywać się mógł o skuteczności pomocy lekarskiéj i pożyteczności zarządzeń sanitarnych, a zarazem aby pomoc ta była mu jak najbardziéj dostępną; a zadaniu temu odpowiedzieć może tylko jak najprędsze wprowadzenie w życie instytucyi lekarzy gminnych. Lekarz będący w takim razie urzędnikiem zdrowia a nie wyrobnikiem, będzie mógł z całém oddaniem się, bez uwagi na uboczne względy, działać dla dobra ogółu, nie będąc jak dziś niejednokrotnie zmuszonym dla chleba zniżać się do zabobonów i szkodliwych praktyk tego ludu, który podnosić chcemy.

Zamiast jednak wszystkiemi siłami dążyć do tego jedynie racyjonalnego sposobu załatwienia sprawy, ostatnie rozprawy i uchwały Rady państwa dowiodły, iż pod dewizą oszczędności tańszym kosztem ma się dochodzić do tego samego celu. Wystarczy bowiem założyć jeden lub drugi nowy wydział lekarski, pomnożyć w ten sposób liczbę lekarzy, a zwiększona jeszcze więcéj niż obecnie konkurencyja wypędzi ich na wsie, a nędza zmusi do oddawania ciężko nabytéj wiedzy „*um jeden möglichen Preis*“, jak zbankrutowanych kupców „niżéj cen fabrycznych“. Sposób rzeczywiście dowcipny, ale czy zaradzi złemu, rozwodzić się nie potrzebujemy. Jaki zaś cel mają mieć ewentualnie projektowane i tak zachwalane specyjalne szkoły lekarskie, rzeczywiście zrozumieć jest trudno.

Czy może dla organizmu wieśniaka żywiącego się pośledną strawą i okrywającego zgrzebną płótnianką wystarczy i taki, że tak powiemy, zgrzebny lekarz? Albo może spodziewa się ktoś, że taki rzemieślnik lekarski będzie mniéj wymagającym? dotychczasowa praktyka wcale za tém nie przemawia a nawet przeciwnie dowodzi. Wprawdzie wskazują na zniesione szkoły chirurgiczne twierdząc, iż jest to jedyny rodzaj lekarzy „*für das flache Land*“, kto jednak choć cokolwiek zna te stósunki, wie dobrze, że „*der so beliebte Landarzt*“ przeważnie o tyle tylko mógł sobie zabezpieczyć jaką taką egzystencyję, jeżeli obok różnych przedsiebiorczych a z zawodem lekarskim nic wspólnego nie mających zajęć, w razie potrzeby pomocy lekarskiéj udzielał. Czy to ma być ideał, do którego nam powrócić należy? A jednak zdaje się, że tak jest w istocie. Obniżmy poziom naukowy lekarzy, stało się hasłem wielu, precz z tym zapleśniałym zabytkiem średnich wieków,—woła przy każdéj sposobności wiedeński „*Med. chirurg. Centralblatt*“. Na co długie studyja, kiedy doświadczenie, praktyka wystarczą, aby stworzyć dobrego lekarza,—dowodzi poseł ks. Pflügl, a jako argument wskazuje prawników tęgich przez praktykę, którzy wcale studyjów prawniczych nie przechodzili, zapomina jednak, że ci tędzy prawnicy stali się nimi tylko pod okiem i kierunkiem przełożonych, którzy przed praktyką prawa słuchali. Czy lekarz zostawiony sam sobie przechodziłby taką szkołę?

Trafniéj już zapatrywał się na sprawę pomocy lekarskiéj nasz sejm krajowy uznając konieczną potrzebę opieki nad ludem. Zgodzono się na utworzenie instytucyi lekarzy gminnych, ale znów wszystko poszło *ad acta* utknąwszy o brak lekarzy na liczne posady, które utworzyć projektowano. Jest to już naszą narodową wadą, że nie umiemy nigdy mrówczą, powolną a wytrwałą pracą dochodzić do celu. *Aut Caesar aut nihil* bywa hasłem jednostek i złożonego z nich ogółu, a strona ta naszego charakteru odbija się i w kwestyi ogólnego zdrowia dotyczącéj. Ponieważ nas nie stać na to, aby stworzyć coś co we Francyi lub Anglii istnieje i w tamtejszych warunkach prosperuje, więc opuszczamy ręce, nie robimy nic, odkładając naglące sprawy do lepszych czasów, które jak doświadczenie uczy coraz rzadziéj przychodzą. Przykład sąsiednich Węgier powinien być dla nas bardzo pouczającym; potworzono tam na zagraniczną modłę liczne okręgi lekarskie z płacą po 400 i 500 zlr., zapominając o téj tylko na pozór drobnéj okoliczności, że wprawdzie parę tysięcy ludności francuzkiéj lub angielskiéj a węgierskiéj to na cyfrę jedno i to samo, ale w rzeczywistości zupełnie co innego. Skończyło się więc na tém, że mnóstwo posad, choć lekarzy nie brakło, nie znalazło kompetentów, a z już obsadzonych dosyć znaczna część opuszczoną została, tak, że z takim trudem świéżo wprowadzona instytucyja szybkiéj reformy potrzebuje. Trudno bowiem żądać od lekarza, aby w niewielkim okręgu ograniczony prawie do szczupłéj pensyi wytrwał na stanowisku.

Nie brak lekarzy, ale niestósowne ich rozdzielenie jest przyczyną dzisiejszych narzekań na trudność w uzyskaniu pomocy lekarskiéj tam, gdzie jéj najbardziéj potrzeba. Lekarze skupiają się po miastach ze szkodą ludności wiejskiéj, ale do tego zmusza ich tylko *dura necessitas*, a nie jakieś inne powody. Niech tylko wejdzie w życie instytucyja lekarzy gminnych, a stosunek ten natychmiast zmieni się na lepsze. Przy dzisiejszym upadku ekonomicznym, ciemnocie i braku samowiedzy u naszego ludu, jeden lekarz na 14 tysięcy ludności długo jeszcze będzie wystarczającym i wcale pracą nie przeciążonym. A cóż łatwiejszego następnie, jak w miarę budzącéj się potrzeby pomniejszać okręgi, zwiększając ilość posad. O brak lekarzy troszczyć się też wcale nie trzeba, odkąd przyszłość lekarza nie będzie jak dziś spoczywać na niepewnych falach kapryśnego losu. Kandydatów do stanu lekarskiego z pewnością nie braknie. Stary nasz wydział lekarski bez obawy obejmie jeszcze raz tak liczną ilość uczniów a gdy przyjdą takie dla ludności i lekarzy szczęśliwe czasy, że i to nie wystarczy, wtedy dopiero założenie drugiego wydziału lekarskiego będzie koniecznem następstwem rzeczywistéj potrzeby. Lepiéj jest nie zwlekając stworzyć instytucyję choćby nawet niedostateczną, bo ją następnie ulepszać i do doskonałości powolnie doprowadzić będzie można, niż nic nie robić lub szukać dróg, które mogą wywołać jeszcze większy zamęt w dzisiejszych i tak już nie do pozazdroszczenia stosunkach lekarskich, ale do celu, do wytworzenia rzeczywistéj i skutecznéj opieki dla ludu, z pewnością nie prowadzą. „Nie odrazu Kraków zbudowano“ mówi stare ale prawdziwe przysłowie.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 stycznia. Po stanowczém zrzeczeniu się dotychczasowego, zasłużonego przewodniczącego prof. Korczyńskiego Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. na posiedzeniu swém w d. 17 bm. odbytém wybrała na lat trzy przewodniczącym Dra Wład. Ściborowskiego, jego zastępcą docenta Dra Stan Pareńskiego, a sekretarzem Dra Smoleńskiego.

* Z Nru 3 „*Kroniki Lekarskiéj*“ dowiadujemy się, że w Nrze 1 czasopisma „*Wracz*,“ który w Petersburgu się ukazał, znajdują się streszczenia z pism lekarskich polskich. Przykład to naśladowania godny — dla czasopism polskich. *Kronika Lekarska* nie odpowiada na zarzut uczyniony jéj przez nas

w Nrze 1 Przegl Lek. co do pominięcia pracy kol. Rydygiera i zdaje się być konsekwentną w pomijaniu prac polskich, skoro w Nrze 3 zdaje sprawę z rozprawki kol. Koehlera o borocytrynianie magnezyi według *Berl. klin. Wochft.* Nr. 44, nie wiedząc o tém, że ta sama rozprawa najprzód była ogłoszoną w języku polskim, bo w Nrze 26 Przegl. Lek. W interesie piśmiennictwa naszego zwracamy ponownie uwagę młodéj naszéj koleżanki na to niestósowne postępowanie, którego w ciągu nader krótkiego swego żywota już po raz drugi składa dowód; nie przypuszczamy jeszcze tendencyjności, bo takowa szkodziłaby nie Przeglądowi Lek., lecz piśmiennictwu naszemu, którém przecież *Kronika* opiekować się przyrzekła, przeciwnie spodziewamy się jeszcze przyznania się do błędu i poprawy.

Wiedeń. Rada sanitarna dolno-austryjacka obrała przewodniczącym swoim dyrektora Lorinsera, a jego zastępcą lekarza powiatowego Witlacila.

* **Czerniowce.** Na rok bieżący wybrani zostali w tutejszém Tow. lekarskiém przewodniczącym Dr. Wojciech Kasprzycki, jego zastępcą lekarz pułkowy Dr. Włodzimierz Załoziecki, do Wydziału: Drowie Ludwik Strzelecki, Stanisław Czerkawski, Józef Lazarus, Wojciech Uszyński (biblijotekarz) i W. Beldowicz (podskarbi). Towarzystwo liczy 35 członków honorowych, 68 czynnych i 12 korespondentów.

W Czerniowcach utworzono stałą Komisyję sanitarną miejską, w skład któréj wchodzą: burmistrz jako przewodniczący, dwaj członkowie Rady gminnéj (jednym z nich jest Dr. Kasprzycki), fizyk miejski (Dr. Plohn), drugi lekarz miejski, prymaryjusz szpitala powszechnego (Dr. Wolan), dwaj delegaci Tow. lekarskiego (Drowie Wolczyński i Schecht), chemik, technik, prawnik i weterynarz.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Walery Podwysocki, asystent przy zakładzie farmakologicznym w Dorpacie, mianowany został docentem w tymże uniwersytecie. — Dr. Alfred Fournier mianowany został profesorem kliniki chorób skórnych i kiłowych w Paryżu, a Dr. Poincaré profesorem higijeny w Nancy.

* **Wiadomości osobowe.** W dniu 17 bm. otrzymał w Uniw. Jagiell. stopień Dra wszech nauk lekarskich p. Jaworski Bolesław Jan rodem z Rytwian.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarli lekarze szpitalni Herbelin i Vigne, zaraziwszy się pierwszy dyfteryją, ostatni ospą. — W Dijon umarł Dr. Lavalle, b. dyrektor szkoły tameczněj lek. licząc lat 60. — W Londynie † Henryk Hancock znany chirurg i b. prezes kolegijum chirurgicznego w 71 roku życia. — W Afganistanie zmarł z zapalenia płuc Dr. Joshua Henryk Porter, naczelny lekarz wojska angielskiego, walczącego w kraju wspomnionym. Porter odbył jako lekarz wszystkie ważniejsze kampanije, jak w Indyjach w r. 1857 i 58, wojnę niemiecko-francuską itd.

* **Konkurs.** W roku 1876 zmarł w Goerbersdorfie na Szląsku pruskim Roman Kowalewski, ordynator kliniki chirurgicznéj warszawskiego Uniwersytetu, lekarz niezwykłych zdolności, młodzieniec pełen poświęcenia, odznaczający się niezwykłą prawością charakteru, poważany od kolegów, ceniony od starszych. Przekonany o nieuleczalności swéj choroby piersiowéj na tydzień przed śmiercią dał zlecenie swemu koledze akademickiemu i przyjacielowi Drowi Władysławowi Matlakowskiemu i matce swéj Olimpii, by pozostający po nim medal złoty, otrzymany za rozprawę konkursową „o pochodzeniu zaczątków narządów moczopłciowych" oddać komuś w nagrodę za naukową pracę. Medal ten po poprzedniém ocenieniu przez jubilerów warszawskich nabył z wiedzą p. Olimpii Kowalewskiéj p. Piotr Niedźwiecki lekarz ze Saratowskiéj gubernii, nie chcąc by pamiątka po zmarłym przeszła do rąk obcych i zapłacił za takowy 120 rs., tj. kilka rubli po nad wartość tegoż.

Ztąd powstał fundusz 150 zlr., złożony obecnie w kasie Oszczędności krakowskiéj, który w dniu 1 stycznia 1882 r. wynosić będzie 165 zlr. w. a.

W wykonaniu więc ostatniéj woli śp. Romana Kowalewskiego w porozumieniu z Drem Władysławem Matlakowskim, ordynatorem kliniki chirurgicznéj ces. Uniwersytetu warszawskiego i przez tegoż upoważniony, rozpisuję niniejszém konkurs na nagrodę w kwocie 165 zlr w. a. za najlepsze dzieło treści lekarskiéj lub przyrodniczéj nadesłane w rękopiśmie Stowarzyszeniu do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie najpóźniéj do d. 1 grudnia 1881 r., lub wydane przez to Stowarzyszenie do dnia ogłoszenia konkursu aż po dzień 1 grudnia 1881 r.

Oceną zajmie się osobny komitet, którego skład późniéj ogłoszonym zostanie. Praca musi być oryginalna, obejmować całość przedmiotu i odpowiadać w zupełności spółczesnemu stanowisku nauki. Podstawę do ocenienia stanowić będzie nie objętość dzieła lub wybór przedmiotu, lecz jedynie wartość naukowa.

Gdyby nagroda przyznaną została pracy drukiem nie ogłoszonéj, rękopism zostaje własnością autora, który jednak pozostawić musi Stowarzyszeniu wydawniczemu prawo pierwszeństwa do nabycia na własność i do wydania nagrodzonego dzieła. W takim razie na wstępie książki ogłoszony będzie krótki życiorys śp. Kowalewskiego.

Pisma lekarskie polskie upraszam uprzejmie o powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

Kraków dnia 15 stycznia 1880 r.

Prof. Korczyński.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* od Nr. 17—26 włącznie z r. 1879, (numery te doszły nas dopiero d. 17 bm.): Wolberga: O wpływie boraksu na trawienie; Perkowskiego: Rak prawéj szczęki górnéj (dok.); J. Cohna (z kliniki prof. Lambla): Gastromycosis jako objaw raka żołądka; prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne nad działaniem niektórych jednoatomowych nasyconych alkoholi (c. d.); Jasińskiego: Dzisiejsze stanowisko ortopedyi; Perkowskiego: Mały przyczynek do następstw rdzenio-kostnego zapalenia kończyn; Święcy: Dwa przypadki wrzodu śledziony zakończone zupełném wyzdrowieniem chorych; Neugebauera: Kilka słów o zabłąkaniu się wianków macicznych do pęcherza moczowego; Goldflama (z kliniki prof. Lambla): Uwiązgnięta przepuklina zaotrzewna kresek okrężniczych. (Uwaga: Pomiędzy przesłanemi nam numerami znajduje się Nr. 21 tomu XXVI zamiast tomu XXVII, z tego powodu nie znamy treści Nru 21 z d. 22 listopada 1879). — W *Medycynie* Nr. 3: Dunina: Trzy przypadki cierpienia mózgu. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Talki: Wyniki badań ostrości wzroku (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. A. Tamassia (w Pawii). Sull'azione tossica dell' acido folfidrico. Ricerche sperim. di medicina forense. (Osobne odbicie z Rivista sper. di fren. e med. leg.). Reggio, 1880, w 8ce, str. 39.

Jahres-Bericht des Vereins der Aerzte in der Bukowina p. 1879, XIII Jahrg. Czernowitz, 1880, w 8ce, str. 11.

Piśmiennictwo lekarskie. GUÉRIN J. Étude sur l' intoxication purulente. gr. 8. Paris, Masson. Fr. 3½.

GUIBOUT E. Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau 8 Paris, Masson. Fr. 10.

GUILLON père F. G Contributions à la chirurgie des voies urinaires. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.

GUSSEROW A. Zur Geschichte u. Methode d. klin. Unterrichts 8. Berlin, Hirschwald. 8. 1.

HALLER A. Théorie générale des alcools. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3.

HÄRLIN C. Zur Casuistik p. Amputationen d. Cervix uteri i d. Schwangerschaft. Diss. 8. Tübingen, Fues. M. 50.

HELLER Dr. Specielle Pathologie und Therapie d. Krankheiten d. peripheren Nerven, gr. 8. Wien, Braumüller. M. 6.

HYRTL J. Das Arabische u. Hebräische i d. Anatomie. gr. 8 Wien, Braumüller. M. 12.

JAEGER A. Beiträge z. Casuistik d. Kleinhirntumoren. gr. 8 (Diss.) Tübingen, Fues. M. 1.

JAESCHE E. Das räumliche Sehen. M. Taf. et Holzschn. Lex. 8. Stuttgart, Enke. M. 4.

JOINE A Programme du cours de thérapeutique et d. matière médicale. Paris, Masson Fr. 1.

KAHLER O. et A PICK. Beiträge z. Pathologie u. pathol. Anatomie d. Centralnervensystems. M. 3. Taf. (Aus: „Prager Vierteljahrsschrift.") gr. 8. Leipzig, Hirschfeld. M. 3.

KALISCHER S. Die Farbenblindheit. 8 Berlin, Hempel. M. 1·20.

KAMM M. Beitrag z. Lehre v. d Gesichtslagen. Diss. gr. 8. Breslau, Koebner. M. 1.

Katechismus, kleiner, über d. Nothwendigkeit u. Möglichkeit e. radikal Reform d. Irrenwesens. gr. 8. Wien, Seidel et S. M. 80.

KELLERMANN M. Anatom. Untersuchg. atroph. Sehnerven. M. 1 Taf. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 1·20.

KISCH E. H. Die Heilquellen und Curorte Böhmens. M. 1 Karte. 8. Wien, Braumüller. M. 5.

KLEIN S. Lehrbuch d. Augenheilkunde. M. 45 Holzschn. gr. 8. Wien Urban et Schw. M. 12.
KÖHLER H. Aerztliches Recept Taschenbuch. 8. Leipzig, Voss M. 4. geb M. 5.
KOHLSCHÜTTER E. Die Ursachen des Todes. Vortrag. 8. Halle, Niemeyer. M. 60.
KOELLIKER A. Embryologische Mittheilungen. (Aus: „Festschr d. naturf. Ges. z. Halle“) M. 2 Taf. gr. 4. Halle, Niemeyer. M. 1·60.
KRAFFT-EBING R. v. Lehrbuch d. Psychiatrie. 1 Bd. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 6.
KÜHNE W. Ueber d. Verhalten d. Muskels. z Nerven (Aus „Verhandl d. naturhist.-med. Vereins. z. Heidelberg.“) gr 8. Heidelberg, Winter. M 80.
LAZAR G. Ueber doppelseitige Lähmung d. Glottis-Erweiterer (Diss.) gr. 8. Breslau, Koebner. M. 1.
LEGRAND du SAULLE Dr. Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. 8. Paris, Delahaye. Fr. 9
LEMKE C. Ueber das Verhalten d. Bacillus anthracis zum Milzbrand. Diss gr. 8 Göttingen, Vandenhoeck et R. M. 60.
LEUCKART R. Die Parasiten d. Menschen. u. d. von ihnen herrühr. Krankh. 1 Bd. 1 Lfg. M. Holzschn. 2 Aufl. gr. 8. Leipzig, Winter. M. 6
LORINSER F. W. Ueber Verhütung d Krankh. Vortrag. gr. 8. Wien, Braumüller. M 60.
MAGNUS H. Die methodische Erziehung d. Farbensinnes. M. 1 Taf. u. 72 Farbenkärtchen. gr. 8. Breslau, Kern's Verl M. 6.
MAUTHNER L. Vorträge a. d. Gesammtgebiete d. Augenheilkunde. M. Holzschn. 3. Hft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 1 60.
MAYER S. Studien z. Physiologie des Herzens u. d. Blutgefässe. 6. Abhandlg. (Aus: „Sitzungsber d. K. Akad. d. Wiss.“) Lex. 8. Wien, Gerold's Sohn. M 60
MOLESCHOTT J. Licht u. Leben. Rede. 3. Aufl. 8. Giessen, Roth. M. 1.
MOREL C. Traité élémentaire d'histologie humaine. 3. éd. Avec 36 planches. 8 Paris, J. B. Ballière et fils. Fr. 16.
MOURE E. J. De la Syphilis et de la phthisie laryngées au point de vue du diagnostic. 8 Paris, Delahaye. Fr. 4.
MÜLLER W. Untersuchungen üb. d Verhalten d. Lymphdrusen bei d. Resorption v. Blutextravasaten. Diss. gr. 8. Göttingen, Vanderhoeck et R. M. 80.
OIDTMANN H. Die Bedeutung d. Rohwolle u. d. Lumpen f. d. internat. Wanderzüge d. Pockenseuche. M. 1 Taf. Fol. Leipzig, Gracklauer. M. 3.
OPÉRATION l' césarienne aux États-Unis. Trad. par le dr. G. Eustache. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½.
OETTINGER G. v. Die indirecten Läsionen d. Auges b. Schussverletzungen d. Orbitalgegend. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.
PANSCH A. Grundriss d. Anatomie d. Menschen. 1 Abth. 2 Hft. M. Holzschn. gr. 8. Berlin Oppenheim. M. 1.
PERLS M. Lehrbuch d. allg. Pathologie. 2. Thl. gr. 8 Stuttgart Enke. M. 10.
PFLÜGER Prof. Augenklinik in Bern. Bericht üb. d. J. 1878. gr. 8. M. 1·20.
PISSIN Dr. Bericht üb. d. 14 jähr. Wirksamkeit d. Impf-Institutes f. animale Vaccination. gr. 8. Berlin, Hempel. M. 1·20.
PLOTKE L. Ueber d. Verhalten d. Augen im Schlafe, Diss. gr. 8 Breslau, Koebener. M. 1.
POLITZER L. Ueber d. Pflege d. kranken Kindes. Vortrag. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 60.
PUSCHMANN Th. Alexander v. Tralles. E. Beitr. z. Geschichte d. Medicin. 2. Bd. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 20.
RANVIER L. Technisches Lehrbuch d. Histologie. Uebers v. W. Nicati et H. v. Wyss. 5. Lfg. M. 53 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 3.
RAUBER A. Ueber d Ursprung d. Milch u. d. Ernährung d. Frucht im allgemeinen. Mit 2 Tfln. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 2·40.
RIEDINGER Dr. Chirurgische Klinik i. kgl. Julius-Hospital zu Würzburg v. 15. Juni 1877 bis 28. April 1878 M. Tfln. u. Holzschn. gr. 8. Würzburg, Staudinger. M 10.
RIEMER B. Ueber d. Winterkurort Davos u. s. Indicationen. Vortrag. M. 1. Taf. gr. 8. Leipzig, igand. M. 1.
SCHLOSSBERGER H. Pilocarpin als wehenerregendes u. wehenbeförderndes Mittel. Diss. gr. 8. Tübingen, Fues. M. 60.
SCHNEIDER F. C. et A. VOGL. Commentar z. österr. Pharmacopoe. 3. Aufl. M. Holzschn. 1. Thl. 2 Lfg. gr. 8. Wien, Manz. M. 3·60.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.